

ÜBER DIE SCHWIERIGKEITEN BEI DER DIAGNOSE
"PATHOLOGISCHER RAUSCH"

Robert Oberpeilsteiner

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München

Vorstand : Prof. Dr. H. Hippus

ÜBER DIE SCHWIERIGKEITEN BEI DER DIAGNOSE

"PATHOLOGISCHER RAUSCH"

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin

an der Medizinischen Fakultät der

Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Robert Oberpeilsteiner

aus

Berchtesgaden

Jahr

1986

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter : Prof. Dr. W. Mende

Mitberichterstatter : Prof. Dr. H. Hippus

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter : Dr. D. Athen

Dekan : Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung : 26. 03. 1987

Die vorliegende Arbeit wurde an der
Psychiatrischen Klinik der Universität München
angefertigt.

Herrn Prof. Dr. med. W. Mende danke ich für
die Überlassung des Themas und die wertvollen
Anregungen.

Herrn Priv. Doz. Dr. med. D. Athen, der diese Arbeit
beaufsichtigte, möchte ich für die stets freundliche
Beratung und geduldige Unterstützung sehr herzlich
danken.

1.1.1.	Einleitung	1
1.1.2.	„Psychisch-physiologische Vorgänge“	2
1.1.3.	Einleitung zum pathologischen Zustand	3
1.1.4.	Einleitung zum pathologischen Zustand	4
1.1.5.	Allgemeintherapeutische	5
1.1.6.	Spezielle Psychotherapie	6
1.1.7.	Einleitung zum pathologischen Zustand	7
1.1.8.	Einleitung zum pathologischen Zustand	8
1.1.9.	Einleitung zum pathologischen Zustand	9
1.1.10.	Einleitung zum pathologischen Zustand	10
1.1.11.	Einleitung zum pathologischen Zustand	11
2.	Einleitung	12
2.1.	Einleitung zum pathologischen Zustand	13
2.2.	Einleitung zum pathologischen Zustand	14
2.3.	Einleitung zum pathologischen Zustand	15
2.4.	Einleitung zum pathologischen Zustand	16
2.5.	Einleitung zum pathologischen Zustand	17
2.6.	Einleitung zum pathologischen Zustand	18
2.7.	Einleitung zum pathologischen Zustand	19
2.8.	Einleitung zum pathologischen Zustand	20
2.9.	Einleitung zum pathologischen Zustand	21
2.10.	Einleitung zum pathologischen Zustand	22
2.11.	Einleitung zum pathologischen Zustand	23
2.12.	Einleitung zum pathologischen Zustand	24
2.13.	Einleitung zum pathologischen Zustand	25
2.14.	Einleitung zum pathologischen Zustand	26
2.15.	Einleitung zum pathologischen Zustand	27
2.16.	Einleitung zum pathologischen Zustand	28
2.17.	Einleitung zum pathologischen Zustand	29
2.18.	Einleitung zum pathologischen Zustand	30
2.19.	Einleitung zum pathologischen Zustand	31
2.20.	Einleitung zum pathologischen Zustand	32
2.21.	Einleitung zum pathologischen Zustand	33
2.22.	Einleitung zum pathologischen Zustand	34
2.23.	Einleitung zum pathologischen Zustand	35
2.24.	Einleitung zum pathologischen Zustand	36
2.25.	Einleitung zum pathologischen Zustand	37
2.26.	Einleitung zum pathologischen Zustand	38
2.27.	Einleitung zum pathologischen Zustand	39
2.28.	Einleitung zum pathologischen Zustand	40
2.29.	Einleitung zum pathologischen Zustand	41
2.30.	Einleitung zum pathologischen Zustand	42
2.31.	Einleitung zum pathologischen Zustand	43
2.32.	Einleitung zum pathologischen Zustand	44
2.33.	Einleitung zum pathologischen Zustand	45
2.34.	Einleitung zum pathologischen Zustand	46
2.35.	Einleitung zum pathologischen Zustand	47
2.36.	Einleitung zum pathologischen Zustand	48
2.37.	Einleitung zum pathologischen Zustand	49
2.38.	Einleitung zum pathologischen Zustand	50
2.39.	Einleitung zum pathologischen Zustand	51
2.40.	Einleitung zum pathologischen Zustand	52
2.41.	Einleitung zum pathologischen Zustand	53
2.42.	Einleitung zum pathologischen Zustand	54
2.43.	Einleitung zum pathologischen Zustand	55
2.44.	Einleitung zum pathologischen Zustand	56
2.45.	Einleitung zum pathologischen Zustand	57
2.46.	Einleitung zum pathologischen Zustand	58
2.47.	Einleitung zum pathologischen Zustand	59
2.48.	Einleitung zum pathologischen Zustand	60
2.49.	Einleitung zum pathologischen Zustand	61
2.50.	Einleitung zum pathologischen Zustand	62
2.51.	Einleitung zum pathologischen Zustand	63
2.52.	Einleitung zum pathologischen Zustand	64
2.53.	Einleitung zum pathologischen Zustand	65
2.54.	Einleitung zum pathologischen Zustand	66
2.55.	Einleitung zum pathologischen Zustand	67
2.56.	Einleitung zum pathologischen Zustand	68
2.57.	Einleitung zum pathologischen Zustand	69
2.58.	Einleitung zum pathologischen Zustand	70
2.59.	Einleitung zum pathologischen Zustand	71
2.60.	Einleitung zum pathologischen Zustand	72
2.61.	Einleitung zum pathologischen Zustand	73
2.62.	Einleitung zum pathologischen Zustand	74
2.63.	Einleitung zum pathologischen Zustand	75
2.64.	Einleitung zum pathologischen Zustand	76
2.65.	Einleitung zum pathologischen Zustand	77
2.66.	Einleitung zum pathologischen Zustand	78
2.67.	Einleitung zum pathologischen Zustand	79
2.68.	Einleitung zum pathologischen Zustand	80
2.69.	Einleitung zum pathologischen Zustand	81
2.70.	Einleitung zum pathologischen Zustand	82
2.71.	Einleitung zum pathologischen Zustand	83
2.72.	Einleitung zum pathologischen Zustand	84
2.73.	Einleitung zum pathologischen Zustand	85
2.74.	Einleitung zum pathologischen Zustand	86
2.75.	Einleitung zum pathologischen Zustand	87
2.76.	Einleitung zum pathologischen Zustand	88
2.77.	Einleitung zum pathologischen Zustand	89
2.78.	Einleitung zum pathologischen Zustand	90
2.79.	Einleitung zum pathologischen Zustand	91
2.80.	Einleitung zum pathologischen Zustand	92
2.81.	Einleitung zum pathologischen Zustand	93
2.82.	Einleitung zum pathologischen Zustand	94
2.83.	Einleitung zum pathologischen Zustand	95
2.84.	Einleitung zum pathologischen Zustand	96
2.85.	Einleitung zum pathologischen Zustand	97
2.86.	Einleitung zum pathologischen Zustand	98
2.87.	Einleitung zum pathologischen Zustand	99
2.88.	Einleitung zum pathologischen Zustand	100
2.89.	Einleitung zum pathologischen Zustand	101
2.90.	Einleitung zum pathologischen Zustand	102
2.91.	Einleitung zum pathologischen Zustand	103
2.92.	Einleitung zum pathologischen Zustand	104
2.93.	Einleitung zum pathologischen Zustand	105
2.94.	Einleitung zum pathologischen Zustand	106
2.95.	Einleitung zum pathologischen Zustand	107
2.96.	Einleitung zum pathologischen Zustand	108
2.97.	Einleitung zum pathologischen Zustand	109
2.98.	Einleitung zum pathologischen Zustand	110
2.99.	Einleitung zum pathologischen Zustand	111
2.100.	Einleitung zum pathologischen Zustand	112

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
1. <u>Einleitung</u>	1
2. <u>Fragestellung</u>	3
3. <u>Methodik</u>	3
4. <u>Ergebnisse</u>	5
4.1. Kasuistiken pathologischer Rausche von 1964 bis 1983	5
4.2. Diagnostische Merkmale und ihre Häufigkeit	30
4.2.1. Art der Bewußtseinsstörung	30
4.2.2. Erregungszustand bzw. aggressives Syndrom	31
4.2.3. Amnesie	32
4.2.4. "Persönlichkeitsfremdes Verhalten"	33
4.2.5. Disposition zum pathologischen Rausch	34
4.2.6. Wiederholtes Auftreten des pathologischen Rausches	35
4.2.7. Alkoholisierungsgrad	36
4.2.8. Auffällige Pupillenreaktion	37
4.2.9. Fehlen von Trunkenheitszeichen	38
4.2.10. Terminaler Schlaf	38
4.2.11. Auffälligkeiten im Elektroencephalogramm	40
5. <u>Diskussion</u>	41
5.1. Amnesie und Art der Bewußtseinsstörung	41
5.2. Erregungszustand und "persönlichkeitsfremdes Verhalten"	43
5.3. Disposition zum pathologischen Rausch	45
5.4. Wiederholtes Auftreten des pathologischen Rausches	47
5.5. Alkoholisierungsgrad	47

	Seite
5.6. Auffällige Pupillenreaktion	48
5.7. Fehlen von Trunkenheitszeichen	49
5.8. Terminaler Schlaf	50
5.9. Die Bedeutung des Elektroencephalogramms	51
6. <u>Zusammenfassung</u>	54
7. <u>Literaturverzeichnis</u>	63

1. EINLEITUNG

"Für uns muß und kann es zunächst einmal gleichgültig sein, ob in der gerichtlichen Medizin ein selbständiges Krankheitsbild "pathologischer Rausch" notwendig oder entbehrlich ist. Wer selbst einmal Zeuge war, wie ein Angetrunkener, der sich leicht euphorisch und lenkbar mit seinem Zechkumpanten unterhielt, plötzlich den Gesichtsausdruck wechselt, die Situation verkennt und blindwütig auf seine Umgebung losschlägt, sich verfolgt fühlt und nach wenigen Stunden feststellt, was er angerichtet hat, dem wird sich unauslöschlich eingeprägt haben, daß der pathologische Rausch ein Zustand ist, der sehr erheblich von dem Erscheinungsbild der durchschnittlichen Alkoholintoxikation abweicht. Daß in einem solchen Fall ein völlig fremdes Element in einen ungefährlich wirkenden, nicht hochgradigen Rauschzustand hineinkam, dürfte auch dem unbefangenen Beobachter klar werden".

Dieser ausdrucksstarken Beschreibung eines Krankheitsbildes hat ANTON (2) aber auch den einschränkenden Satz angefügt: "Solche klar ausgeprägte pathologische Rauschzustände gehören aber - das muß immer wieder betont werden - zu den Ausnahmen".

Andererseits ist der Begriff des pathologischen Rausches seit langem umstritten. Nicht einmal im klinischen Gebrauch ist er eindeutig bestimmt. So schrieb 1955 JANZARIK (23): "Jeder beliebige, hinreichend massive Rausch kann zu einem Ausnahmezustand führen, in dem mit der Kontinuität eines gerichteten und in sich geordneten inneren Zusammenhangs auf die kritische Selbstkontrolle, die Kontinuität reflektierender Erfassung und Verarbeitung der Umwelt jäh abbricht und folgerichtiges Handeln sich in blosses Reagieren auf den subjektiv erlebten Gefühlsgehalt der augenblicklichen Situation, in Kurzschlußreaktionen und Impulsivhandlungen bis hin zu primitiven motorischen Entladungen auflöst".

G. ROMMENEY (35) wies darauf hin, daß der Begriff des pathologischen Rausches dazu verleite, den äußeren Tathergang stärker zu bewerten, als die psychische Situation. Er betonte ferner, daß jede Alkoholintoxikation in einer nicht voraussehbaren und nicht korrigierbaren Weise ablaufen könne.

Unabhängig von der Frage, existiert das Krankheitsbild pathologischer Rausch zu Recht oder nicht - es wird stets als ein Bündel von Symptomen genannt. So forderte H. BINDER (7) beispielsweise als wesentliche Merkmale, daß die Orientierung in der Situation grundlegend gestört sei. Das Handeln müsse etwas blindes, irrealtes haben. Hinzu komme eine schlagartige vitale Erregung, sowie eine plötzlich eintretende Bewußtseinsstörung. Damit assoziiert sein könnten Wahnideen, Affektillusionen, phantastische Selbstbeschuldigungen, echte Halluzinationen sowie schwache bis starke motorische Entladungen. Pupillenstarre oder Fehlen bzw. Abschwächung von Sehnenreflexen würden beobachtet. In der dämmrigen Form träten häufig intensive Wut- und Angstaffekte auf, in der delirösen lediglich bloße Handlungsfragmente und sinnlose Bewegungen. Erinnerungsstörungen könnten in der Form von insulären Defekten, kompletter Amnesie oder ohne größere Gedächtnislücken auftreten. Die Grundstimmung des Patienten sei angsterfüllt. Bei anderen Autoren finden sich ähnliche Symptomenbündel, zum Teil in anderer Zusammensetzung und unterschiedlicher Wertigkeit der einzelnen Symptome.

2. FRAGESTELLUNG der Arbeit

Es ist so gut wie unmöglich allgemeingültige bestimmte diagnostische Zeichen des pathologischen Rausches zu geben (16) .
Die wesentliche Fragestellung dieser Arbeit lautete daher:

- Gibt es gemeinsame Merkmale im Krankheitsbild
 - "pathologischer Rausch" hinsichtlich
 - . Verlauf
 - . Querschnitt (klinisches Bild)
 - . Längsschnitt (Beginn - terminaler Schlaf)
 - . "Persönlichkeitsadäquatem" Verhalten im Rauschzustand
 - . Ursachen

3. METHODIK

Es wurden retrospektiv die Krankengeschichten der Jahre 1964 bis 1983 von Patienten der Psychiatrischen Klinik der Universität München ausgewertet, die in dieser Zeit stationär aufgenommen wurden und bei denen die Diagnose oder Verdachtsdiagnose pathologischer Rausch gestellt worden war.

Dabei wurde folgendermaßen vorgegangen:

1. Von den betroffenen Fällen wurden Kasuistiken erstellt.
2. Diese Krankengeschichten wurden auf folgende diagnostische Merkmale hin untersucht:
 - Art der Bewußtseinsstörung
 - Erregungszustand bzw. aggressives Syndrom
 - "Persönlichkeitsfremdes" Verhalten
 - Die Bedeutung der Amnesie

- Welche Dispositionen wurden aufgeführt?
 - Ist eine Wiederholung des pathologischen Rausches häufig?
 - Welche Rolle spielt der Alkoholisierungsgrad?
 - Pupillenreaktion
 - Fehlen von Trunkenheitszeichen
 - Terminalschlaf, ein typisches Symptom?
 - Bedeutung des EEG für die Diagnose.
3. Die Häufigkeit dieser diagnostischen Merkmale in den Fällen wurde aufgezeichnet.
4. Die verfügbare Literatur wurde nach diesen Merkmalen aufgeschlüsselt und verglichen.

4 ERGEBNISSE

Für die Dauer von 20 Jahren (1964 bis 1983) fanden sich 26 Krankengeschichten mit der Diagnose pathologischer Rausch. Dabei wurde zweimal die Diagnose "vorläufig" gestellt, zweimal blieb sie als Verdachtsdiagnose stehen. Ursache dafür ist, daß manche Patienten vor endgültiger Abklärung die Klinik wieder verlassen hatten. Einmal wurde die Diagnose pathologischer Rausch zusammen mit anderen Diagnosen, wie z.B. gewohnheitsmäßiger Alkoholmißbrauch, Toxikomanie, Verdacht auf erhöhte cerebrale Krampfbereitschaft und ähnliches gemeinsam gestellt.

4.1. Kasuistiken der pathologischen Rausche

4.1.1. Fall 1:

Ein 28-jähriger überfiel unweit einer Gaststätte eine Kellnerin, die einen teuren Persianermantel trug. Er versetzte ihr einen Schlag gegen den Hals, so daß sie zu Boden stürzte. Anschließend versuchte er ihr gewaltsam den Persianermantel auszuziehen. Die Kellnerin schrie um Hilfe, wehrte sich so daß A von ihr abließ und zu fliehen versuchte. Der Überfall wirkte in jeder Hinsicht kurzschlußhaft und irrational. Zum einen war der Täter in der Gaststätte, vor der der Überfall geschah, bekannt, des weiteren hatte er seinen Mantel im Gasthaus hängen gelassen. Er hatte auch nicht versucht, der Frau die Handtasche zu entreißen, was zweifelsohne einfacher gewesen wäre.

Vor mehreren Jahren hatte der Täter ein Schädelhirntrauma durch einen Schlag auf den Hinterkopf mit einem Karabiner

erlitten. Er hatte keine knöcherne Verletzung, aber vermutlich eine schwere *Commotio cerebri*. Seither bestand ein unspezifisches vegetatives Übererregbarkeitssyndrom, ein erheblicher Alkoholabusus und ein organisch bedingtes Psychosyndrom. Intern: Keine Besonderheiten. Neurologisch: Deutliches Übererregbarkeitssyndrom mit feinschlägigem Fingertremor. Röntgen: Unauffällige Pneumencephalographie. EEG: Unauffällig. Psychisch: Keine Anhaltspunkte für Schwachsinn. Verhältnismäßig rasche Ermüdbarkeit, Unkonzentriertheit, Einfallsarmut und Neigung zu Wiederholungen und Flüchtigkeit fallen auf. Insgesamt Symptome einer leichten Hirnleistungsschwäche. Alkoholversuch: A. wird nach zehn Flaschen Bier so zornig und aggressiv, daß er sein Trinkglas aus dem Fenster schleudert. Sein Befinden wird als pathologischer Rausch "en miniature" gedeutet.

Die Diagnose Pathologischer Rausch wird mit folgenden Charakteristika begründet: 1. die oft nur unerhebliche Alkoholmenge, bei welcher der Zustand auftreten kann (hier: sechs Halbe Bier und zwei große Stamperl Apricot Brandy in 14 Stunden); 2. psychotische Symptome wie die Situationsverkenkung, Desorientiertheit, Wut, starke motorische Erregung, Neigung zu sinnlosen, persönlichkeitsfremden Gewalttaten; 3. fehlende Zeichen der Trunkenheit; 4. kurze Dauer des Rausches; 5. Rauschamnesie. Die Alkoholunverträglichkeit im Alkoholversuch wird als weiteres positives diagnostisches Kriterium angeführt. A. war mehrfach vorbestraft (Geldstrafen wegen Ehebruchs, Hehlerei, Trunkenheit und Fahren ohne Führerschein). Von den Eltern werden Vorfälle, die anamnestisch auf frühere pathologische Rausche deuten, geschildert. Von den beschriebenen Fällen ist dieser wohl derjenige, bei dem die Kriterien des pathologischen Rausches am deutlichsten aufgezeichnet sind.

4. 1.2. Fall 2:

Ein 24-jähriger wurde von zwei Sanitätern mit der Funkstreife in die Ambulanz gebracht. Man hatte ihn auf der Straße bewußtlos liegend gefunden. In der Ambulanz wälzte er sich, wild um sich schlagend auf dem Boden, zertrümmerte die erreichbaren Einrichtungsgegenstände, zog sich Schürfwunden an den Händen zu. Intern: o.B. Neurologisch: Romberg unsicher, Tremor an beiden Händen. Horizontalnystagmus. EEG: Normvariante eines flachen EEG. Röntgen Schädel: Eigenartige Schädelform (Kugelform). Örtliche Veränderungen sind nicht nachweisbar. Psychisch: Zeitlich und örtlich nicht voll orientiert. Es bestehen deutliche Erinnerungslücken. Mimik und Gestik spärlich, die Stimmungslage eher gleichgültig.

B. war vor zwei Monaten wegen Vollrausches in der hiesigen Klinik gewesen, für drei Tage. Vor vier Wochen sei ein Abszeß in der Nackengegend aufgetreten. Dieser wurde incidiert. Zwei Tage später sei er plötzlich auf der Straße umgefallen. Er war angeblich mehrere Stunden bewußtlos. Seither werde ihm nach längerem Sitzen oder Liegen schwindelig. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus (Abszeß-Incision) hatte er mehrere Tage starke Kopfschmerzen in der Nacken- und Schläfengegend.

Er gibt an, vor seinem letzten Anfall im Hofbrauhaus gewesen zu sein und eine Maß Bier getrunken zu haben. Am Nachmittag verließ er das Hofbräuhaus. Er erinnere sich nur noch, daß er um eine Ecke ging. Von dem Zeitpunkt an fehle jede Erinnerung. Diagnose: Pathologischer Rausch bei cerebralem Anfallsleiden.

Der Patient war zwei Jahre später erneut in unserer Klinik. Es wurde bei ähnlicher Symptomatik nach Alkoholgenuß ein epileptischer Anfall nach Alkoholabusus diagnostiziert. Auf die Schwierigkeit der Differentialdiagnose epileptischer Anfall oder pathologischer Rausch weisen u.a. BING und SCHÖNBERG (8) hin. Sie

meinen, es sei Geschmackssache, ob man bei nachgewiesener Gegenwart einer Epilepsie einen pathologischen Rausch bei Epilepsie oder eine epileptische Störung durch Alkohol annehme.

ANTON (2) hält eine differentialdiagnostische Abgrenzung pathologischer Rauschzustände gegenüber epileptischen Dämmerzuständen rein symptomatologisch für unmöglich.

4. 1.3. Fall 3:

Ein 39-jähriger Polizist ist angeklagt des Einbruchdiebstahls, kommt zur Begutachtung in die Klinik. Intern: o.B. Neurologisch: Unauffällig. EEG: Normal. EEG nach Trinkversuch: Unregelmäßigkeiten, wie sie bei vegetativen Störungen und Alkoholintoxikationen auftreten. Besondere Störungsformen (z.B. Paroxysmen oder Seitendifferenzen) fehlen. Alkoholversuch: Kein Erregungszustand, keine Desorientiertheit. Laborbefunde o.B. Verlauf: Auf Station sehr bescheiden, anständig und unauffällig. Psychisch: Jungenhaft und kindlich, deutliches Schuldbewußtsein ohne konstruktive Komponente, Gesamtstruktur wohl eher leicht euphorisch, psychomotorisch gehemmt, aber unauffällig, keine Anzeichen eines chronischen Alkoholismus. In der Vorgeschichte seien mehrere Schädeltraumen bekannt, sowie absenceähnliche Zustände nach Alkoholgenuß.

C. hatte nachts in einem Fotogeschäft mit einem Stein die Schaufensterscheibe eingeschlagen und daraus einige Fotogeräte entwendet. Zur Tatzeit stand er unter starkem Alkoholeinfluß und konnte sich deshalb nicht erklären, wie es zur Tat gekommen sei. Vor diesem Einbruch hatte er in einem Radiogeschäft die Schaufensterscheibe eingeschlagen und daraus zwei Transistorgeräte entwendet, an die Lage des Tatortes konnte er sich nicht mehr erinnern. Die aus dem Geschäft entwendeten Geräte habe er zunächst nach Hause getragen, im Anschluß daran die Wohnung wieder verlassen und den Einbruch im Fotogeschäft ausgeführt. Auch an diesen Vorfall könne er sich nur schwach erinnern. Vor etwa 14 Tagen

habe er in ebenfalls stark betrunkenem Zustand in der Nähe seiner Wohnung nachts in zwei Elektrogeschäften Einbrüche verübt, über die beiden Tatorte könne er keine Angaben machen. Am folgenden Tag stellte er fest, daß es sich bei den entwendeten Gegenständen um ein Tonbandgerät und einen Trockenrasierer handelte. Auch damals war er zuvor mit einem Kollegen und zwei Frauen beim Zechen. Die BAK wurde für den ersten Einbruch mit 1,6 - 1,8% berechnet, für den zweiten um 1,5%. Diagnose: Pathologischer Rausch.

Als Begründung werden u.a. angeführt: ...die persönlichkeitsfremden Folgeerscheinungen des Rausches, das insuläre Erinnerungsvermögen, der geschilderte Sachverhalt, sowie daß der Angeklagte auch bei früheren Trinkexzessen zu aggressiven Aktionen neigte. Es wird bemängelt, daß EEG-Veränderungen fehlten und der pathologische Rausch im Alkoholversuch nicht reproduzierbar war. Dennoch heißt es: "... aber auch ohne diese Verrifikation im Experiment läßt sich beim Angeklagten die Tatsache eines pathologischen Rausches zur Zeit der Tat ... nicht ausschließen".

4. 1.4. Fall 4:

Ein 40-jähriger Elektro-Ingenieur wird von der Neurochirurgischen Klinik eingewiesen. Dort sei er in die Ambulanz gekommen, habe über starke Schmerzen im Unterbauch geklagt und um eine Spritze gebeten. Er gab an, schon früher Nierenkoliken gehabt zu haben. Er roch nach Alkohol, hatte angeblich wenig getrunken. Nachdem er Baralgin (i.v.) erhalten hatte, verlor er angeblich immer wieder für einige Minuten das Bewußtsein, reagierte nicht auf Schmerzreize. Nach einigen Minuten war er wieder ansprechbar. Die Zustände von Bewußtlosigkeit wiederholten sich mehrmals. Ausser einer Pupillendifferenz (rechts größer als links) und einer Klopfschmerzhaftigkeit beider Nierenlager sei körperlich kein auffallender Befund erhoben worden. Der Patient wurde mit Verdacht auf patho-

logischen Rausch in die Psychiatrische Klinik eingewiesen.

4. 1.5. Fall 5:

Ein 25-jähriger Krankenpfleger wird von der Ambulanz wegen Verdacht auf pathologischen Rausch stationär übernommen. 1964 hatte er einen Schädelbasisbruch bei einem Suicidversuch mittels Motorradunfall erlitten. 1965 habe er seinen ersten Grand mal-Anfall gehabt. In den letzten Tagen habe er beim Aufstehen mehrfach Schwindelanfälle gehabt. Beim Treppensteigen müsse er stehen bleiben, da sein "Herz nicht mehr mitmachen" würde. Am Aufnahmetag habe er im Freibad zwei Maß Bier getrunken, worauf er zusammengebrochen sei. Für die darauffolgende Zeit habe er keine Erinnerung mehr. Seit etwa vier Wochen habe er keine Antiepileptika mehr zu sich genommen. Wegen des Anfallsleidens - zwei Anfälle pro Jahr - nehme er sonst Zentronal und Valium ein. Normalerweise trinke er keinen Alkohol, am heutigen Tag habe er zwei Maß Bier und 1/4 Liter Bier getrunken.

Neurologischer Status: Hirnnerven, Reflexe, Sensibilität sowie Motilität o.B., Außer einer retrograden Amnesie ist der Patient während der Untersuchung voll zeitlich sowie örtlich orientiert. Vorläufige Diagnose: Pathologischer Rausch mit starker motorischer Unruhe.

Auch hier ist, wie etwa auch im Fall 2, ein Anfallsleiden bekannt. Der Patient wird bei der Aufnahme plötzlich motorisch sehr unruhig (arc de cercle). Er ist während dieses Vorfalles bewußseinsgetrübt und nicht ansprechbar. Auch hier besteht die Schwierigkeit der differentialdiagnostischen Abgrenzung eines pathologischen Rauschzustandes von einem epileptischen Dämmerzustand. Der Patient verließ am nächsten Tag vor weiterer Abklärung, gegen ärztlichen Rat, die Klinik.

4. 1.6. Fall 6:

Ein 61-jähriger Bergarbeiter wurde von den Sanitätern gebracht, die ihn in alkoholisiertem Zustand, starr auf dem Boden liegend mit ausgestreckten Armen und Beinen am Sendlinger Tor-Platz gefunden hatten. Aus der Vorgeschichte ist ein frühkindlicher Hirnschaden bekannt. Ausserdem bestehe ein chronischer Alkoholismus. Der Patient war wegen akuter Rauschzustände bereits öfters in verschiedenen Krankenhäusern stationär.

Intern: Vorgealterter Patient, reduzierter Allgemein- und Ernährungszustand, Glossitis. Psychisch bei Aufnahme zeitlich, örtlich und zur Person voll orientiert, insgesamt etwas verlangsamt. Unauffälliges EEG. In der Carotis-Angiographie an den basalen Hirngefäßen Veränderungen, die für eine Arteriosklerose sprechen können.

Während der Aufnahmeuntersuchung reagierte der Patient mit verstärkter Streckung der Extremitäten und Bogenbildung der Wirbelsäule. Bei Anfragen nach seinen privaten Schwierigkeiten reagierte er mit Grimassieren; der Zustand hielt bis zum Morgen des nächsten Tages an.

Diagnostische Merkmale: Fraglicher Terminalschlaf (nicht extra erwähnt), nach eigenen Angaben großer Alkoholkonsum, Bewußtlosigkeit, Disposition durch frühkindlichen Hirnschaden, träge Lichtreaktion der Pupillen, Amnesie.

4. 1.7. Fall 7:

Ein 41-jähriger Postarbeiter war in dem Wohnheim, in dem er seit vier Wochen wohnte, auffällig geworden. Er hatte nach Angaben des Heimleiters Wein oder Schnaps getrunken, habe süßlich aus dem Mund gerochen und die Toilette vollgespuckt sowie Schnaps oder Wein auf dem Flur verschüttet. Er sei nur halb bekleidet

gewesen, habe sein Zimmer nicht gefunden, habe stereotyp an der Wand kreisförmige Bewegungen gemacht und dabei Unverständliches gemurmelt. Der Heimleiter habe versucht, ihn ins Bett zu bringen. Er habe sich aber nicht ins Bett bringen lassen, sondern sei immer wieder umhergelaufen. Man habe den Eindruck gehabt, daß er "oben wie abgetreten" sei. Er habe zeitweise die Augen verdreht, dabei sei er ziel- und planlos umhergelaufen. Er sei im übrigen in den vier Wochen nicht auffällig geworden.

Intern: Ungepflegter Patient, angedeutete inspratorische Dipneu, sonst unauffällig. Neurologisch: Unauffällig. Psychischer Befund: Der Patient ist leicht bewußtseinsgetrübt, psychisch verlangsamt und umständlich, schwer besinnlich vor allem im Bereich des Gedächtnisses. Er glaubt schon seit dem Vortag in der Klinik zu sein, weiß aber nicht in welcher. Er ist psychomotorisch unruhig. Im Affekt wirkt er etwas ratlos, die Stimmung ist indifferent. Für paranoide Denkinhalte besteht zur Aufnahmezeit kein Anhalt. Röntgen Schädel: o.B. Ein EEG konnte nicht mehr angefertigt werden.

Der Patient verließ die Klinik zwei Tage später in ausgeglichener Stimmungslage, aber gegen ärztlichen Rat. Bei einem Anruf in der Firma war zu erfahren, daß er bereits am Vortag die Arbeit wieder aufgenommen hatte und offenbar unauffällig geblieben war. Vom Hausarzt war zu erfahren, daß er den Patienten seit dessen Kindheit kenne. Er halte ihn für einen haltlosen chronischen Trinker. Vor vier Wochen habe ihn die Frau des Patienten in die Wohnung gerufen, nachdem dieser dort getobt und die Wohnungseinrichtung demoliert habe. Beim Eintreffen des Arztes sei er wieder ganz ruhig gewesen. Betrunkene habe er bei dieser Untersuchung nicht gewirkt. Der Patient trinke gelegentlich acht bis zehn Halbe Bier pro Tag und bis zu zwei Flaschen Weißwein.

Der "pathologische Rausch bei chronischem Alkoholismus" wird

hier geschildert als "ein akut psychotisches Bild mit leichter Bewußtseinstörung, zeitlicher Desorientiertheit und einem ängstlich-erregten Zustand". Die Problematik der Diagnosesicherung geht daraus hervor, daß als "vorläufige Diagnosen" ein hirnorganisches Psychosyndrom bei chronischem Alkoholismus, ein abortives Alkoholdelir sowie der Ausschluß einer symptomatischen Psychose genannt wurden.

4. 1.8. Fall 8:

Ein 22-jähriger Soldat wird vom Truppenarzt zur Abklärung psychotischer Symptome, welche nach Alkoholgenuß aufgetreten und seit Jahren bekannt seien, eingewiesen. Neurologisch: Unauffällig bis auf eine Abweichung des rechten Auges (früher als Koordinationsstörung abgeklärt). Wach- und Schlaf-EEG: Normal. Hirnszintigramm: Unauffällig. Röntgen Schädel: Unauffällig. Intern: o.B.

Die Anamnese ist von frühester Kindheit an durch Verhaltensauffälligkeiten in Form von ungezügelterm Aufbrausen, Weglaufen und meist verbal vorgetragenen Aggressionen geprägt. Der Patient verbrachte seine gesamte Kindheit und Jugend in teils kirchlichen, teils staatlichen Heimen, in denen er stets als schwieriges Kind galt, was einen häufigen Heim- bzw. Gruppenwechsel zur Folge hatte, so daß sich eine besonders enge Bindung zu anderen Personen nicht bilden konnte. Seine Mutter hat der Patient nie gekannt; zum Vater besteht keine innere Beziehung. Seit ca. drei bis vier Jahren kam es bei dem Patienten, welcher früher keine Gelegenheit hatte Alkohol zu trinken, unter dem Einfluß weniger Gläser Bier (cirka drei bis vier) zu Zuständen, in denen der Patient laut aufschrie, wild um sich schlug oder ziellos weglief. Jedesmal bestand eine retrograde Amnesie. Zwei dieser Vorkommnisse waren während der Bundeswehrzeit.

Der Patient zeigte die grundsätzlicher Leistungsbereitschaft deutliche Schwierigkeiten im Kritikvermögen, im Erkennen von

Wesentlichem und Unwesentlichem. Der Patient zeigte sich zu einer angemessenen Auseinandersetzung nicht in der Lage, weil sein ganzes Verhalten vorwiegend von Objektverlust und Trennungsängsten motiviert war. Um nicht ganz in seinen Ängsten unterzugehen, verteilte er ständig kleine, zum Teil unangemessene aggressive Impulse. Letztlich waren aber diese Abwehrmechanismen so schwach, d.h. der Patient besaß eine so geringe Ich-Stärke, daß schon bei einem kleinen Abbau der Ich-Kontrolle (z.B. beim Konsum geringer Mengen Alkohol) die massiven Ängste durchbrechen, "was von psychologischer Seite den pathologischen Rauschzustand erklären könnte". Diagnose: Erregbare Persönlichkeit, die zu pathologischen Rauschzuständen neigt.

4. 1.9. Fall 9:

Ein 25-jähriger Bundesbahnarbeiter hatte zwei Tage vor stationärer Aufnahme einen Arbeitsunfall, bei dem er sich am Rücken und am Hinterkopf gestossen habe. Am Aufnahmetag, nachdem er mehrere Glas Whisky getrunken hatte, sei er nach Angaben des Heimleiters in einen Erregungszustand geraten, habe eine Glastür zertrümmert, einen Zigarettensautomaten aus der Wand gerissen und Kollegen mit dem Messer angegriffen. Bei Aufnahme in der Klinik zeigte sich der körperlich sehr kräftige Arbeiter zeitlich und örtlich desorientiert, klagte über Kopfschmerzen, Augenschmerzen und Rückenschmerzen. Er gab an, in der letzten Nacht mit der Mutter koitiert zu haben. Zur Zeit sehe er noch Leichen in allen Ecken sitzen, die sich in Nichts auflösten, wenn er sie scharf fixiere. Der körperliche Befund ist bis auf blaue Flecken durch Bißwunden, die er sich selbst beigebracht hat, unauffällig. Von den Halluzinationen distanziert sich der Patient bereits einen Tag später und schildert das Ganze als einen bösen Traum. Während des weiteren Aufenthaltes verhält er sich in jeder Hinsicht unauffällig und ist zugewandt.

Diagnostische Merkmale: Alkoholkonzentration nicht genau feststellbar, als Zeichen der Trunkenheit desorientiert. Als Disposition fraglich leichte *Commotio cerebri* zwei Tage zuvor.

4. 1.10. Fall 10:

Der Patient hatte, nachdem bereits Alkoholgenuß vorausgegangen war, bei einem Freund gegen Mitternacht noch etwa zwei bis drei Glas Whisky getrunken. Ganz plötzlich sei er dann aufgestanden, habe versucht diesen zu beißen und wurde daraufhin aus der Wohnung geworfen. Dort randalierte er weiter, trat gegen Autos, brach Autoantennen ab und sackte nach etwa einer Viertelstunde in seinem Atuo zusammen. Als die Polizei erschien, griff er einen Polizeimeister an.

Die Aufnahmeuntersuchung ergab einen normalen neurologischen und internistischen Befund. Der Patient war bei der Aufnahme örtlich, zeitlich und zur Person voll orientiert. Zur akuten Situation bestand retrograde Amnesie. In der Anamnese besteht kein Anhalt für frühere psychische Erkrankungen. Alkohol: Bis vor zwei Monaten abends etwa ein Bier; nach Magenbeschwerden habe er nur noch gelegentlich Rotwein getrunken. In der Epikrise wurde erwähnt, "das zeitliche Zusammentreffen von Alkoholkonsum, heftigem affektivem Arrangement, exzessiver Aggressivität mit persönlichkeitsfremden Handlungsweisen und totaler Amnesie" habe zur Diagnose geführt.

Diagnostische Merkmale: Totale Amnesie, persönlichkeitsfremde Handlungen, heftiges affektives Arrangement.

4. 1.11. Fall 11:

Eine 33-jährige Hausfrau wurde hochgradig erregt von der Feuerwehr in die Klinik gebracht, nachdem sie versucht hatte, sich

vom Dach eines mehrstöckigen Hauses zu stürzen.

Bei Aufnahme war sie bewußtseinsgetrübt und nur teilweise zur Umwelt orientiert. Hochgradig agitiert schlug sie um sich und versuchte zu beißen. Nachträglich wurde eine Schnapsunverträglichkeit bekannt. Familienanamnestisch ist eine Morphinsucht der Mutter bekannt. Die Patientin war im weiteren Verlauf voll orientiert und bewußtseinsklar. Für den Vorfall, der zur Aufnahme führte, bestand weiter Amnesie. Die intern-neurologischen Befunde waren unauffällig. Das psychische Befinden blieb im weiteren stabil.

Diagnostische Merkmale: Schnapsunverträglichkeit, Amnesie.

4. 1.12. Fall 12:

Eine 48-jährige Patientin war nach dem Genuß von zwei kleinen Flaschen Schnaps hochgradig erregt und desorientiert in die Praxis eines Nervenfacharztes gekommen. Von diesem wurde sie mit dem Verdacht auf pathologischen Rausch in die Klinik eingewiesen.

Bei der Aufnahme war die Patientin bereits wieder voll orientiert und psychisch unauffällig. Die körperliche Untersuchung ergab außer einem fehlenden Achillessehnenreflex rechts und einer Einschränkung des Riechvermögens keine Auffälligkeiten. Eine weitere medikamentöse Therapie war nicht erforderlich. Abschließende Diagnose: Pathologischer Rausch bei Alkoholabusus; Toxikomanie.

Diagnostische Merkmale: Amnesie, Toxikomanie.

4. 1.13. Fall 13:

Eine 18-jährige Patientin wird von den Sanitätern vom Oktoberfest in die Klinik gebracht. Sie ist im höchsten Maße alkoholisiert, motorisch unruhig und äußert, daß sie von der Großhesseloher-Brücke herunterspringen wolle. Eine spätere Exploration ergibt, daß sie beim Oktoberfest etwa zwei Liter Bier getrunken habe, dann wollte sie zum Jugendschutz auf der Wies'n gebracht werden. Von da an wisse sie nichts mehr bis zum Erwachen in der Klinik.

Psychischer Befund: Zeitlich und zur Person voll orientiert, dysphorisch-mißmutiger, subdepressiver Eindruck. Die Patientin äußert, daß sie es bedauere, daß es ihr nicht gelungen sei, einen Selbstmordversuch auszuüben. Körperlicher Befund: Unauffällig. Diagnose: Pathologischer Rausch nach Alkoholintoxikation, Suicidalität.

Diagnostische Merkmale: Alkoholkonzentration nicht genau feststellbar, vermutlich hoch, Trunkenheitszeichen vorhanden, Amnesie.

4. 1.14. Fall 14:

Eine 26-jährige Patientin wird von Funkstreife und BRK gebracht nachdem sie in einem Lokal randalierend und um sich schlagend aufgegriffen worden sei. Bei Aufnahme ist sie stark erregt, halluziniert, redet lautstark und aggressiv mit nicht vorhandenen Personen, schaut hinter den Vorhang, wirkt verblüfft und ratlos als sie niemanden bemerken kann. Sie wälzt sich auf dem Fußboden herum.

Befund: Gesicht, Hände und Beine voller Straßenschmutz, Strümpfe zerrissen, Zigarettenbrandstellen im Mantel; Pupillen eng, reagieren auf Licht und Konvergenz, starker Alkoholföetor, normales Reflexverhalten. Die Patientin

berichtet am nächsten Tag, sie sei seit vier Jahren verheiratet. ihr Mann habe gerade Examen als Krankenpfleger gemacht und bisher in einer Klinik gewohnt. Zur Zeit habe er Urlaub und wohne bei ihr in ihrem engen Zimmer. Am Vortag seien sie in mehreren Lokalen gewesen, ihr Mann habe sich betrunken, sie selbst habe nur wenige Schluck Bier getrunken. Zu Hause sei es dann zu einem Streit gekommen; sie sei deshalb aus dem Haus gelaufen, etwa um Mitternacht, und sei in verschiedenen Lokalen gewesen, wo sie Kaffee und auch wohl Bier getrunken habe. Gegen Morgen habe sie eines der Lokale verlassen und auf der Straße sei ihr schlecht geworden. Was dann geschah wisse sie nicht. Der Ehemann berichtet, seine Frau habe als Kind Abscenden gehabt. Sie habe früher schon öfter Alkohol getrunken. Da sie den Alkohol nicht vertrage sei bereits einmal eine Kur mit Antebus von einem Nervenarzt durchgeführt worden.

Diagnostische Merkmale: Erhöhte Alkoholkonzentration vermutet, Amnesie. Disposition: Als Kind Abscenden, später Alkoholunverträglichkeit.

4. 1.15. Fall 15:

Ein 24-jähriger Patient wurde vom Roten Kreuz, auf dem Wagen festgebunden, gebracht, nachdem er auf der Straße auf dem Boden gelegen war. Er sei bei der ersten Inspektion wild geworden, habe angefangen zu boxen. Beim Erstgespräch verweigert er jegliche Auskunft.

Befund: Alkoholisiert, leicht benommen, aggressiv, unruhig, schlägt um sich. Somatischer Status im wesentlichen ohne Auffälligkeiten. 1973 war der Patient nach einem Suicidversuch sechs Wochen im Nervenkrankenhaus Haar gewesen. Zum jetzigen Ereignis gibt er an, er habe am Vortag Alkohol getrunken,

Wodka, ansonsten trinke er nur Bier. Nach Angaben der Mutter habe er mit sechs Jahren eine Gehirnerschütterung gehabt; sonst seien keine Auffälligkeiten in der Familie bekannt. Diagnose: Verdacht auf pathologischen Rausch, Erregungszustand bei Alkoholintoxikation.

Diagnostische Merkmale: Trunkenheitszeichen vorhanden, als Disposition fragliches Schädelhirntrauma mit sechs Jahren, Amnesie.

4. 1.16. Fall 16:

Ein 34-jähriger Patient kam selbst in die Notaufnahme, nachdem er im Laufe des Tages 18 Schnäpse getrunken habe. Er klagte bei der Aufnahme über starke Übelkeit und ständigen Schluckauf. Es zeigte sich eine deutliche Gangunsicherheit und Gesichtsrötung. Der Patient war psychisch etwas verhangen, zur Person sowie zeitlich und örtlich jedoch voll orientiert. Denken und Sprechen war insgesamt erheblich verlangsamt. Die Verlobte gibt zur Vorgeschichte an, daß der Patient, den sie seit drei Jahren kenne, ständig viel getrunken habe. In letzter Zeit sei es mit dem Alkoholismus etwas besser geworden. Wenn er eine bestimmte Menge Alkohol getrunken habe, benehme er sich eigenartig, gänzlich anders als sonst. Bei der klinisch-neurologischen Durchuntersuchung fand sich, abgesehen von der Gangunsicherheit und der Gesichtsrötung, kein pathologischer Befund. Das EEG war normal.

Diagnostische Merkmale: Vermutlich hohe Alkoholkonzentration, vorhandene Trunkenheitszeichen. Als Disposition eventuell chronischer Alkoholismus.

4. 1.17. Fall 17:

Eine 43-jährige Patientin hat nach Angaben ihres Ehemannes am Abend des Aufnahmetages wegen starker Kopfschmerzen zwei Halbe Bier auf nüchternen Magen getrunken. Sie sei daraufhin zunehmend unruhig geworden, brachte die Einrichtungsgegenstände in der Wohnung durcheinander und wirkte verwirrt, so daß der Ehemann die Sanitäter herbeirief. Bei der Aufnahme ist die Patientin distanzlos, läuft von einem zum anderen, ist euphorisch und dann wieder kurz weinerlich. Der internistische und neurologische Untersuchungsbefund war grobklinisch o.B., es fanden sich lediglich mehrere Schürfwunden, die sich die Patientin zwei Tage zuvor beim Sturz von einem Fahrrad zugezogen hatte. Gegen Mittag des nächsten Tages hatte sich der Befund normalisiert, die Patientin drängte auf Entlassung, wobei jedoch wegen der geklagten Kopfschmerzen und der angegebenen Alkoholüberempfindlichkeit eine weitere ambulante Abklärung empfohlen wurde. Diagnose: Pathologischer Rauschzustand.

Diagnostische Merkmale: Geringer Alkoholkonsum, Trunkenheitszeichen, als Disposition möglicherweise leichtes Schädelhirntrauma.

4. 1.18. Fall 18:

Eine 26-jährige Hausfrau war wegen angeblicher Bewußtlosigkeit in die Chirurgische Universitätsklinik gekommen und von dort wegen auffälligen Benehmens verlegt worden. Sie gibt bei der Aufnahme an, sie dürfe ihre Identität nicht verlieren; sie dürfe ihren Namen nicht nennen. Sie sei auf dem Oktoberfest gewesen, mehr könne sie nicht sagen. Psychischer Befund: Gereizt, mürrisch, distanzlos; greift den Untersucher verbal an, zeitlich und örtlich ist sie annähernd orientiert. Der

Ehemann gibt an, daß er mit der Patientin drei bis vier Maß Bier auf dem Oktoberfest getrunken habe. Bei seiner Frau sei ihm aufgefallen, daß sie beim Weggehen von dem Festplatz dauernd "warum" gefragt habe, ohne Zusammenhang. Als sie in das Auto einsteigen wollten, sei sie plötzlich davongelaufen. Die Patientin soll sich dann auf die Straße gelegt haben und sich stumm und steif wegtragen lassen. Es bestehen deutliche Erinnerungslücken für dieses Ereignis mit einzelnen Erinnerunginseln. Diagnose: Pathologischer Alkoholrausch.

Diagnostische Merkmale: Amnesie für einige Stunden, vorhandene Trunkenheitszeichen, unklare, vermutlich geringe Alkoholmenge.

4. 1.19. Fall 19:

Ein 24-jähriger Patient wurde von den Sanitätern in die Klinik gebracht, nachdem er eine Auseinandersetzung mit seiner Freundin gehabt hatte. Angeblich habe er vorher größere Mengen Alkohol getrunken. Eine Exploration war kaum möglich, da der Patient sich weigerte Angaben zu machen. Bei der Aufnahme war er erregt, sehr gereizt, nicht vollständig orientiert und aggressiv. Foetor alcoholicus war feststellbar. Der Patient war nur mit Mühe zu bewegen, für eine Nacht in der Klinik zu bleiben. Am nächsten Morgen war er wieder ruhig und geordnet und bestand auf Entlassung. Diagnose: Verdacht auf pathologischen Alkoholrausch, Verdacht auf periodischen Alkoholabusus, Verdacht auf depressives Syndrom bei Partnerkonflikt.

Diagnostische Merkmale: Trunkenheitszeichen vorhanden, wegen vorzeitiger Entlassung keine weiteren Einzelheiten.

4. 1.20. Fall 20:

Eine 21-jährige Patientin wurde nach vorangegangenen Genuß von drei bis vier Glas Weißbier und drei bis vier Schnäpsen in höchstgradig aggressiv, gefährdetem Zustand in die Klinik gebracht. Nach Angaben des Ehemannes setzte die Erregung etwa eine halbe Stunde nach Genuß des letzten Schnapses in schnell sich steigerndem Ausmaß ein. Es soll bereits vor 1 1/4 Jahr nach vorausgegangenem Alkoholgenuß ebenfalls zu einem derartigen Zustand gekommen sein. Bei der Aufnahme bot die Patientin das Bild höchstgradiger wilder, unkontrollierter Erregung, wobei sie nicht ansprechbar war. Soweit durchführbar, ließ die neurologische Untersuchung keine Auffälligkeiten erkennen. Der Unruhezustand klang nach etwa einer Stunde spontan ab und ging in einen tiefen Schlaf über. In der Vorgeschichte ist bekannt, daß die Patientin mit sieben Monaten geboren wurde und seitdem zweiten bis dritten Lebensjahr unter nächtlichem Einnäßen leidet. Die Patientin war am Morgen nach Aufnahme bewußtseinsklar und voll ansprechbar. Über den Verlauf der Erregung wurde eine totale Amnesie angegeben. Bei der Nachuntersuchung ergaben sich keine körperlich krankhaften Befunde. Das Hirnstrombild bot jedoch Zeichen der mäßigen Allgemeinveränderung mit bilateralen Serien von langsamer Tätigkeit hinten, wie sie bei diffusen cerebralen Schädigungen zu beobachten sind. Der EEG-Befund sowie die Anamnese lenken den Verdacht auf erhöhte cerebrale Krampfbereitschaft. Mit der Patientin wurden weitere Kontrollen vereinbart. Diagnose: 1. Akute Alkoholintoxikation, 2. Pathologischer Rausch, 3. Verdacht auf erhöhte cerebrale Krampfbereitschaft.

Diagnostische Merkmale: Terminalschlaf, vermutlich geringe Alkoholkonzentration, abnormes EEG, als Disposition Verdacht auf erhöhte cerebrale Krampfbereitschaft.

4. 1.21. Fall 21:

Eine 30-jährige Patientin wurde von der Polizei zur Aufnahme gebracht. Ein Funkstreifenwagen war angefordert worden, da eine hilflose Frau sich in einem PKW befände. Die Funkstreife habe den Personenwagen mit geöffnetem Kofferraumdeckel vorgefunden. Es sei niemand im Auto gewesen. Nach kurzer Zeit sei die Patientin gekommen, habe zunächst angefangen bitterlich zu weinen und unzusammenhängende Dinge zu erzählen. Unterwegs sei sie dann aggressiver geworden. Die Polizisten hätten beim Gehen teilweise Schwanken bemerkt, wollen auch eine lallende Sprache festgestellt haben, sowie einen leichten foetor alcoholicus. Die Patientin machte bei der Aufnahme einen leicht verwirrten Eindruck, wirkte ratlos und war aggressiv. Eine geordnete Exploration war nicht möglich. Am nächsten Morgen war sie psychopathologisch unauffällig. Sie erzählte, sie sei am Vortag im Geschäft gewesen, einem Kosmetiksalon, und habe Kunden bedient. Im Laufe des Nachmittages habe sie starken Kaffee getrunken, davon habe sie Herzklopfen und innere Unruhe bekommen. Nach Ladenschluß habe sie sich drei oder vier Tassen Grog mit Rum gemacht. Daraufhin sei sie müde geworden. Sie wollte mit dem Auto nach Hause fahren. Unterwegs sei sie noch müder geworden und ausgestiegen. Sie habe die Motorhaube des Autos aufgemacht, warum wisse sie selbst nicht. Dann habe sie sich vom Wagen entfernt, um zu telefonieren. Als sie zurückgekommen sei, hätte sie die Polizei vorgefunden. An das Gespräch mit den Polizisten fehle jede Erinnerung. Teilweise könne sie sich an die Fahrt im Polizeifahrzeug erinnern. Aufgrund des Elektroencephalogramms - abnorm, mit leichten Allgemeinveränderungen im Sinne von toxischen Störungen, möglicherweise alkoholbedingt - und des klinischen Bildes mit dem Wechsel vom schweren psychopathologischen Zustand bis zur völligen Symptomenfreiheit wird die Diagnose pathologischer Rausch gestellt.

Diagnostische Merkmale: Vermutlich geringe Alkoholkonzentration, Amnesie, abnormes EEG.

4. 1.22. Fall 22:

Ein 27-jähriger Patient hat an einer Bundeswehrfeier im Kameradenkreis teilgenommen. Dabei trank er vier Weißbiere. Einer seiner Kollegen erzählte, daß er seine Frau zu Hause verprügelt habe. Der Patient regte sich darüber sehr auf. Einige Zeit nachdem er zu Hause angekommen war stolperte er und fiel in eine Glastür. Danach griff er seine Frau tätlich an und drohte, seine Kinder aus dem Fenster zu werfen. Für die Zeit dieses aggressiven Ausbruchs besteht Amnesie. Bereits 1973 habe es einen vergleichbaren Vorfall auf der Insel Kreta gegeben. Nach der Bergung der Opfer eines Flugzeugabsturzes hatte sich der Patient in einem griechischen Gasthaus in eine Schlägerei verwickeln lassen. Auch für dieses Ereignis bestand totale Amnesie. Zur Zeit trinke er täglich ein bis zwei Halbe Bier. Der Patient wurde von der Bundeswehr mit der Bitte um diagnostische Abklärung überwiesen. Es zeigte sich, daß beim Patienten zur Zeit auch ein schwerer Partnerschaftskonflikt mit seiner etwa neun Jahre älteren Ehefrau besteht. Die Ehefrau berichtet, daß sie die Scheidung eingereicht habe, da ihr Mann sehr stimmungsschwankend und oft aufbrausend sei. Der Patient selbst sieht die verfahrenene Ehesituation als die momentane Hauptschwierigkeit an.

Der psychische Status zeigt einen voll orientierten Patienten mit leichter Kontaktfähigkeit, Gefühle und Stimmung sind der Situation adäquat. Es bestehen keine Wahrnehmungsstörungen. Der intelligent wirkende Mann ist während des Gespräches voll konzentriert. Das EEG zeigt keine Auffälligkeiten.

Diagnose: Pathologischer Rausch.

Diagnostische Merkmale: Vermutlich geringe Alkoholkonzentration, ähnliche Verhaltensweise auf Alkohol bereits früher einmal aufgetreten, Amnesie, als Disposition zur Zeit Partnerschaftskonflikt.

4. 1.23. Fall 23:

Ein 47-jähriger Patient kam nachts in die Notaufnahme. Er hatte am gleichen Tag zwei Maß Bier getrunken, anschließend auf den Nachhauseweg die Orientierung verloren. Er hätte Angstzustände bekommen, da ihm alles riesengroß erschienen sei - sowohl seine Hände, als auch seine Frau und seine Wohnung. Seit Jahren besteht ein chronischer Alkoholabusus mit zuletzt sechs Flaschen Bier pro Tag. Seit 1949 wiederholtes Auftreten von Magengeschwüren, seit sechs Jahren bekannter Leberschaden.

Befund bei Aufnahme: Patient angetrunken, der Gang schwankend, er war voll orientiert, sprach laut und erregt von seinen Erlebnissen. Am nächsten Tag waren bei der psychos experimentellen Prüfung keine Störungen der Konzentration und Merkfähigkeit mehr festzustellen. Die Ängste sowie die Symptome hatten sich völlig zurückgebildet. Der körperliche Befund zeigte einen vorgealterten, adipösen Patienten mit vergrößerter Leber. Bei der neurologischen Untersuchung war der ASR beidseits nur schwach auslösbar, der Trizepssehnenreflex beidseits herabgesetzt. Es war eine strumpfförmige Hypästhesie der Beine ab Unterschenkelmitte feststellbar. Das EEG zeigte einen unauffälligen Befund. Diagnose: Pathologischer Rausch, gewohnheitsmäßiger Alkoholmißbrauch.

Diagnostische Merkmale: Vermutlich geringe Alkoholkonzentration, als Disposition chronischer Alkoholabusus.

4. 1.24. Fall 24:

Eine 28-jährige Patientin wurde in stark alkoholisiertem Zustand nach einer tätlichen Auseinandersetzung mit ihrem Ehemann stationär aufgenommen. Sie sprach verworren, meinte, alle steckten unter einer Decke. Sie habe ihren Mann beim Polizeirevier angezeigt, ihr Mann sei von einer "Stecherbande". Sie gibt an, daß sie im dritten Schwangerschaftsmonat sei. Sie habe am Aufnahmetag 1 1/2 Flaschen Sekt getrunken. Schwierigkeiten mit dem Ehemann gebe es seit etwa drei Jahren. Vor etwa einem halben Jahr habe es schon einmal eine solche Reaktion nach einer halben Flasche Wein gegeben. Bei Aufnahme war die Patientin leicht desorientiert, ängstlich agitiert, depressiv und hatte fragliche Wahnideen. Am nächsten Morgen war sie bis auf eine depressiv-weinerliche Grundstimmung weitgehend unauffällig. Der somatische Status zeigte keine wesentlichen Auffälligkeiten. Ein EEG war unauffällig. Das gynäkologische Konsil ergab eine regelrechte Schwangerschaft (mens III). Das akute Bild, das die Patientin am Aufnahmeabend geboten hatte, war am nächsten Tag abgeklungen. Diagnose: Pathologischer Rausch.

Diagnostische Merkmale: Vermutlich geringer Alkoholkonsum, ähnliche pathologische Reaktion bereits früher einmal, Amnesie, Disposition durch Schwangerschaft (mens III) und Ehekonflikt.

4. 1.25. Fall 25:

Ein 51-jähriger Dekorationsmaler wurde von einer Notärztin

gebracht. Sie war, ebenso wie die Feuerwehr, informiert worden, nachdem der Patient telefonisch seinen Selbstmord durch Sturz aus dem sechsten Stock angekündigt hatte. Die Ehefrau des Patienten lag seit einigen Tagen auf der Intensivstation, nachdem sie einen Suicidversuch mit Alkohol und Tabletten unternommen hatte. Der Patient gibt weiter an, seine bisherigen stationären Aufenthalte seien ausschließlich auf wiederholte außereheliche Beziehungen seiner Frau zurückzuführen. Der jetzige vierte Selbstmordversuch seiner Frau sei ebenfalls aus diesem Grund erfolgt. Er habe nämlich vor einigen Tagen von einem außerehelichen Verhältnis seiner Frau gehört und ihr einen "Riesenskandal" gemacht. Da er auf sofortiger Trennung bestand, habe sie den Selbstmordversuch gemacht. In den letzten Tagen habe er wenig geschlafen, wenig gegessen und sei immer nervöser geworden. Pro Tag habe er höchstens eineinhalb Flaschen Bier trinken können, mehr vertrage er wegen seines Magens und seiner Leber nicht mehr. In seiner Nervosität habe er aus dem Fenster springen wollen, dies aber im letzten Moment noch telefonisch angekündigt. Er distanzierte sich auch von weiteren Selbstmordabsichten.

Der Patient wirkte bei Aufnahme angetrunken, nicht besonders gepflegt und vorgealtert. Er war bewußtseinsklar und schien voll orientiert, wies aber Zeichen von Erinnerungsverschommenheit auf. Der mißtrauische, von seiner Primärstruktur her schizoid erscheinende Patient halluzinierte nicht und erschien auch insgesamt nicht delirant. Am nächsten Morgen hatte sich das gesamte Zustandbild gebessert, der wieder ausgeglichene Patient war freundlich und zugewandt und erschien nicht mehr aggressiv und nicht suicidal. Auch der Verdacht auf einen Eifersuchtswahn konnte nicht mehr erhoben werden. Dem dringenden Entlassungswunsch des Patienten mußte daher entsprochen werden, obwohl noch diagnostische Fragen waren und das Problem der Weiter-

behandlung des Patienten im Unklaren geblieben war.

Diagnose: Verdacht auf pathologischen Rausch mit depressiv-suicidaler Eifersuchtswahn-Symptomatik; chronischer Alkoholismus mit bekannter Hirnatrophie.

Diagnostische Merkmale: Hirnatrophie, chronischer Alkoholismus, Ehekonflikt.

4. 1.26. Fall 26:

Eine 40-jährige Patientin wurde von der Medizinischen Klinik nach Ausschluß einer Intoxikation überwiesen, da sie deutlich verwirrt und paranoid erschien. Die Patientin fühlt sich belastet durch den Konflikt mit ihrer Tochter, die in die Drogenszene zu geraten drohe und soeben einen dreiwöchigen Gefängnisaufenthalt hinter sich gebracht habe. Unter dem "inneren Druck" habe sie sich am Arbeitsplatz zu einigen Gläsern Sekt verleiten lassen. Sie selbst habe das Gefühl, daß sie bereits auf kleine Mengen von Alkohol sehr "eigenartig reagiere. Sie sah dann im Leichenkeller der Klinik, wo sie sauber macht, Tote auferstehen und äußerte, sie habe Christus gesehen und seine Stimme gehört. Er habe ihr auch gesagt, sie solle ihre Schilddrüsen-Tabletten an diesem Tag einnehmen. Es sind keine früheren psychiatrischen Erkrankungen bekannt. Der allgemeine körperliche und neurologische Status ergibt außer einem Zustand nach Struma-Operation keine Auffälligkeiten. Die Patientin ist normal gepflegt und jünger aussehend, sie wirkt ängstlich. Sie ist bewußtseinsklar, zeitlich und zur Person orientiert, aber nicht zur Situation. Es bestehen deutliche Auffassungs- und Gedächtnisstörungen. Die innere Unruhe drückt sich auch psychomotorisch aus. Sie erscheint aber nicht mehr suicidal. Im weiteren Verlauf kommt die Patientin schnell zur Ruhe, gibt sich distanziert und ist geordnet.

Diagnostisch war nicht sicher abzuklären, wie weit das psychopathologische Zustandsbild durch den Alkohol in Kombination mit einer höheren Dosis von Schilddrüsenhormonen aufgelöst oder mitbestimmt wurde. Differentialdiagnostisch wurde eine paranoide Reaktion bei emotionaler Belastung wie auch eine paranoide Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis erwogen. Diagnose: Pathologischer Rausch.

Diagnostische Merkmale: Geringer Alkoholkonsum, als Disposition fragliche Alkoholunverträglichkeit, Verdacht auf Überdosierung von Schilddrüsenhormonen, Konflikt mit der Tochter.

4.2. Diagnostische Merkmale und ihre Häufigkeit

4.2.1. Art der Bewußtseinsstörung

Die in der Literatur am meisten genannten Arten der Bewußtseinsstörung im pathologischen Rausch (s. 5.2.) sind der "Dämmerzustand" und die Störung in der Orientierung. Beide Arten fanden sich in unterschiedlicher Häufigkeit in diesen Krankengeschichten wieder.

Tabelle 1: Häufigkeit des Symptoms "Dämmerzustand"

	n	%
Dämmerzustand genannt	1	4
Kein Dämmerzustand erwähnt	25	96
	26	100

Tabelle 2: Häufigkeit einer Desorientiertheit

	n	%
mit Desorientiertheit	14	54
ohne Desorientiertheit	12	46
	26	100

4.2.2. Erregungszustand bzw. aggressives Syndrom

In 69 Prozent der Fälle (entsprechend 18 Krankengeschichten) wurde ein gereizt-aggressives Verhalten beschrieben. Die Skala der Erregung reichte dabei von mürriſcher Gereiztheit bis zur ſchweren Gewaltttätigkeit. Der Erregungszustand iſt neben der Amneſie das am häufigſten genannte Symptom im pathologiſchen Rausch.

Tabelle 3: Häufigkeit von Erregungszustand bzw. aggressivem Syndrom

	n	%
mit Erregungszustand	18	69
ohne Erregungszustand	8	31
	26	100

4.2.3. Amnesie

In der überwiegenden Zahl der Fälle wird Amnesie angegeben, bzw. vom Patienten geltend gemacht. Die Dauer der Amnesie ist meist nicht erwähnt, oder begrifflich verschwommen, so heißt es etwa es bestünde eine "ausgestanzte Erinnerungslücke" oder "Schwerbesinnlichkeit". In einem Fall wird die Amnesie für einige Stunden angegeben.

Tabelle 4: Häufigkeit der Amnesie

	n	%
mit Amnesie	19	73
ohne Amnesie	7	27
	26	100

4.2.4. "Persönlichkeitsfremdes Verhalten"

Lediglich bei drei der 26 Patienten wurde die Diagnose auch mit "persönlichkeitsfremdem Verhalten" beim Rauschzustand begründet.

Tabelle 5: Häufigkeit von "persönlichkeitsfremdem Verhalten"

	n	%
persönlichkeitsfremdes Verhalten genannt	3	12
nicht genannt	23	88
	26	100

4.2.5. Disposition zum pathologischen Rausch

Dreimal wird chronischer Alkoholabusus als mögliche Disposition genannt, ebenso oft Alkoholunverträglichkeit und cerebrales Anfallsleiden. In zwei Fällen liegt ein Schädelhirntrauma zugrunde, davon in einem Fall mit cerebralen Anfällen. Jeweils einmal werden ein frühkindlicher Hirnschaden, Polytoxicomanie, sowie eine Schwangerschaft (mens III), verbunden mit einem Ehekonflikt als mögliche Dispositionen genannt. Einmal wurde eine "erregbare Persönlichkeitsstruktur mit zu geringer Ichstärke" erwähnt, die bereits beim Konsum geringer Mengen von Alkohol pathologische Reaktionen ermöglichen würde.

Tabelle 6: Häufigkeit dispositioneller Merkmale

	n	%
bekannte Disposition	14	54
ohne Disposition	12	46
	26	100

4.2.6. Wiederholtes Auftreten des pathologischen Rausches

Nur in einem Fall war sicher vorher bereits einmal ein pathologischer Rausch aufgetreten. Häufiger (8 mal) waren Erregungszustände unter Alkoholeinfluß erwähnt, die verdächtig sind auf bereits früher abgelaufene pathologische Räusche. So heißt es etwa "solche Zustände" seien schon öfters aufgetreten; schon früher habe es häufiger "psychotische Zustände" nach Alkoholgenuß gegeben; bei früheren Trinkexzessen sei es zu aggressiven Aktionen gekommen. Bei 17 Patienten wird kein früherer abnormer Zustand unter Alkoholeinfluß erwähnt.

Tabelle 7: Wiederholung des pathologischen Rausches

	n	%
vorher pathologischer Rausch aufgetreten	1	4
Erregungszustände unter Alkoholeinfluß, verdächtig auf pathologischen Rausch	8	31
kein abnormer Vorgang vorher	17	65
	26	100

4.2.7. Der Alkoholisierungsgrad

Die Angaben über geringen oder hohen Alkoholkonsum beim pathologischen Rausch beruhen überwiegend auf den Aussagen der Patienten und sind daher häufig unklar und nicht mehr feststellbar. Wir beschränkten uns auf die Unterscheidung zwischen vermutlich geringem und vermutlich hohem Alkoholisierungsgrad. In der dritten Gruppe sind die Fälle mit nicht erwähntem, unklarem oder nicht feststellbarem Alkoholisierungsgrad, sowie die Patienten mit vermutlich mittlerer Alkoholkonzentration aufgeführt. Dazu zählt auch ein Fall mit berechneter Blutalkoholkonzentration von 1,5 - 1,8‰. Bei den übrigen Patienten lagen keine gemessenen Blutalkoholspiegel vor.

Tabelle 8: Alkoholisierungsgrad der pathologisch Berauschten

	n	%
vermutlich geringe Alkoholkonzentration	13	50
vermutlich hohe alkoholkonzentration	3	12
unklar oder grenzwertig	10	38
	26	100

4-2.8. Auffällige Pupillenreaktion

In unseren Fällen wird einmal über eine träge Lichtreaktion berichtet; einmal zeigte sich eine Pupillendifferenz, und zwar war die rechte Pupille größer als die linke. In keinem Fall wird eine Lichtstarre der Pupillen erwähnt.

Tabelle 9: Häufigkeit von Pupillenstörungen

	n	%
auffällige Pupillen- reaktion	2	8
keine Auffälligkeiten erwähnt	24	92
	26	100

4.2.9. Fehlen von Trunkenheitszeichen

Es wird lediglich in zwei Fällen über das Fehlen von Trunkenheitszeichen berichtet. In den übrigen Krankengeschichten wird entweder das Fehlen von Trunkenheitszeichen nicht erwähnt, oder es waren welche vorhanden. In beiden Fällen handelte es sich um Beobachtungen von medizinischen Laien.

Tabelle 10: Häufigkeit fehlender Trunkenheitszeichen

	n	%
Fehlen von Trunkenheitszeichen	2	8
Trunkenheitszeichen vorhanden oder Fehlen nicht erwähnt	24	92
	26	100

4 2.10. Terminaler Schlaf

Das Symptom "terminaler Schlaf" wird nur einmal genannt. In 22 Fällen fand sich kein Hinweis darüber. Dreimal war es nicht eindeutig zuzuordnen. (Beim ersten der drei fraglichen Fälle wird geschildert, man habe den Patienten bewußtlos auf der Straße gefunden. In der Ambulanz dann habe er sich auf dem Boden gewälzt und wild um sich geschlagen. In Pausen dieser

Erregungszustände sei er mehrmals in Schlaf gefallen. Der zweite Patient hatte mehrere kurzzeitige "Bewußtlosigkeitszustände" nachdem er wegen einer Nierenkolik ein Spasmolytikum erhalten hatte. Der dritte Patient war starr am Boden liegend, mit ausgestreckten Armen und Beinen, auf einem öffentlichen Platz aufgefunden worden).

Tabelle 11: Häufigkeit des Terminalschlafs

	n	%
terminaler Schlaf	1	4
fraglich terminaler Schlaf	3	11
kein Hinweis auf terminalen Schlaf	22	85
	26	100

4.2.11. Auffälligkeiten im Elektroencephalogramm

Bei 15 der 26 Patienten wurde ein EEG abgeleitet. In 12 Fällen zeigte sich ein unauffälliger Stromlinienverlauf, in drei wurden abnorme EEG geschrieben. Eines dieser drei war ein EEG nach einem Trinkversuch mit 2 3/4 Flaschen Sekt. Es zeigte Veränderungen, wie sie bei vegetativen Störungen und im Zusammenhang mit Alkoholintoxikationen vorkommen. Auch die anderen beiden Hirnstrombilder boten leichte diffuse Allgemeinveränderungen.

Tabelle 12: Häufigkeit von EEG-Veränderungen

	n	%
Abnorme EEG's	3	20
Unauffällige EEG's	12	80
Gesamtzahl der EEG's	15	100

5 DISKUSSION

Die in der Literatur beschriebene Symptomenvielfalt des pathologischen Rausches zeigte sich auch in dieser Arbeit. Dabei treten Merkmale in unterschiedlicher Häufigkeit auf, so daß sich ein uneinheitliches klinisches Bild ergibt. Eine klare begriffliche Formulierung dieser Diagnose erscheint kaum möglich. Wie ATHEN (3) bereits bemerkte, hat man im Diagnosenschlüssel der WHO (18) diesem Umstand bereits Rechnung getragen und für den pathologischen Rausch eine allgemeine Formulierung verwandt: "Akute psychotische Episoden, hervorgerufen durch relativ geringe Alkoholmengen. Man betrachtet sie als individuelle (idiosynkratische) Reaktionen auf Alkohol, die nicht auf exzessiven Alkoholkonsum zurückzuführen sind und keine auffälligen neurologischen Zeichen einer Intoxikation bieten". Es soll hier dargestellt werden, wie die in dieser Arbeit aufgeführten Symptome in der Literatur bewertet werden.

5 1 Amnesie und Art der Bewußtseinsstörung

Die meisten Autoren führen die Amnesie als diagnostisches Merkmal auf. wenngleich auch mit unterschiedlicher Wertigkeit. Im "Lehrbuch der Psychiatrie" schreibt BLEULER (11) : "Fast immer wird die Szene durch einen länger dauernden narkoseähnlichen Schlaf beendet, aus dem der Patient mit wirrem Kopf, aber in der Regel ohne jede Erinnerung an das Vorgefallene, aufwacht. In selteneren Fällen ist die Amnesie nicht vollständig, oder sie stellt sich erst später, etwa im Laufe des folgenden Tages ein" BINDER (7) verweist darauf, daß in mindestens 60% seiner Fälle eine "insuläre" Erinnerung bestand, nur in etwa 30% der Fälle wurde eine komplette Amnesie für den ganzen Rauschzustand gefunden.

BONHOEFFER (12), CRAMER (16), FEUERLEIN (19) und HOFF (22) benennen mehr oder weniger ausgeprägte Erinnerungslücken als Hinweis auf den pathologischen Rausch. Die Dauer schwankt nach BINSWANGER (9) zwischen einer Minute, Stunden bis Tagen. Er hatte bei 174 Fällen 122 mal totale Amnesie, sowie 45 mal eine insuläre Amnesie festgestellt. Die Prüfung der Amnesie gilt als besonders wichtig. MENDE (30) weist darauf hin, daß im Falle eines pathologischen Rausches eine Aufhellung der Amnesie nicht möglich ist. MALETZKY (28) verlangte die Amnesie als diagnostisches Merkmal in die Definition des pathologischen Rausches mit aufzunehmen. Es wird jedoch auch immer wieder auf die Gefahr einer Vortäuschung der Amnesie verwiesen. HEILBRONNER (21) meint, eine Amnesie, namentlich ein totaler Erinnerungsausfall, brauche nicht immer zu bestehen. MÖNKEMÖLLER (31) schränkt den Wert der Amnesie in der forensischen Beurteilung pathologischer Rauschzustände allerdings deutlich ein. Dies gelte umsomehr, als auch in manchen Formen des "normalen" Rausches der Erinnerungsdefekt keine Seltenheit ist. Soviel stehe fest, daß eine totale Amnesie für einen längeren Zeitraum bei diesen Zuständen durchaus nicht die Regel ist. Er bezeichnet einen Täter, der eine inselförmige Erinnerung angibt, glaubwürdiger, als einen Mann, der eine totale Amnesie von auffällig langer Dauer zum Besten geben will.

In dieser Studie war die Amnesie das am häufigsten genannte Symptom. In 19 der 26 Fälle (entsprechend 73 Prozent) wurde sie als diagnostisches Merkmal aufgeführt.

Die Art der Bewußtseinsstörung wird in der Literatur recht unterschiedlich beschrieben. ANTON (2) spricht von einer hochgradigen Bewußtseinsstörung oder einem Verwirrheitszustand mit halluzinatorischen Erlebnissen, Situationsver-

verkenkung, Trieberregung und Angstaffekten. ZIEHEN (40) nennt als Hauptmerkmale Halluzinationen, Illusionen, Angstafekte und motorische Agitation. Diese Symptome fänden sich unterschiedlich wieder und bildeten sehr verschiedene Zustände des pathologischen Rausches. RAECKE (33) vergleicht die Bewußtseinstrübung im pathologischen Rausch mit dem epileptischen Dämmerzustand, dem sie in mancher Beziehung ähnlich sei. Bei ausgewählten 72 Autoren fand ATHEN (3) bei etwa der Hälfte Hinweise auf einen "Dämmerzustand". Auch "Orientierungsstörung" wurde in vielen Fällen als Symptom genannt, seltener lediglich Bewußtseinsstörung. In dieser Arbeit wurde in vierzehn Fällen die Desorientiertheit beschrieben, entsprechend 54 Prozent. Ein alkoholischer Dämmerzustand wurde nur einmal gesehen (vier Prozent).

5.2. Erregungszustand und "persönlichkeitsfremdes Verhalten"

In 18 der 26 Krankengeschichten wurde ein gereizt-aggressives Verhalten beschrieben, dies entspricht 69 Prozent. Neben der Amnesie ist damit der Erregungszustand das am häufigsten genannte Symptom. Auch die beiden Autoren sind sich über das häufige Auftreten von Erregungszuständen einig (3) . ANTON (2) stellt sogar fest, daß es im Zusammenhang mit inadäquaten maximalen Affekten zu Situationsverkennungen mit schwersten Angriffshandlungen gegen die Umgebung komme. Auch BINDER (7) hält als wesentlich zur Unterscheidung zum einfachen Rausch, daß eine abnorm starke und abnorm langdauernde Erregung vorhanden ist.

BINSWANGER (9) beschreibt, daß gleichzeitig mit dem Durchbruch motorischer aggressiver Impulse die Bewußtseinseinstellung einsetzt. In diesem Zustand entläßt sich der pathologisch berauschte vornehmlich in blindwütig gewalttätiger Weise, ohne dabei aber ein bestimmtes Objekt seiner Impulse zu

perzipieren oder apperzipieren.

In dieser Arbeit zeigte sich die Stärke der Erregung sehr unterschiedlich. Sie reichte von leichter Gereiztheit bis zu schweren Gewalttätigkeiten. In einem Fall konnte die Aggressivität im Trinkversuch reproduziert werden.

Das Symptom "persönlichkeitsfremdes Verhalten" wurde hingegen nur bei drei der 26 Patienten erwähnt (12 Prozent). In der Literatur taucht dieser Begriff häufig auf (3) . Er wird vereinzelt sogar als Hauptkriterium für die Diagnose des pathologischen Rausches bezeichnet (2) . CRAMER (16) betonte, daß bei der pathologischen Bewußtseinsstörung die Handlungen und Reden von dem Berauschten selbst als ein vollständig fremdartiges Produkt empfunden werden.

"Vor allem aber liegt eine Affekttat im pathologischen Rausch der sonstigen Wesensart des Täters immer fern; sie ist ein Fremdkörper in seinem sonstigen Motivzusammenhang und steht insofern symptomatologisch dem epileptischen Dämmerzustand nahe" sagt GRUHLE (20) . Auch für MÖNKE-MÖLLER (31) ist der pathologische Rausch charakterisiert durch Handlungen, die mit dem Verhalten des Betroffenen in nüchternem Zustand meist in seltsamem Kontrast stehen. Andererseits wird darauf verwiesen, daß es sich bei dem Symptom "Persönlichkeitsfremdheit" um einen Begriff handele, der vieldeutig sei und bei anderen psychiatrischen Krankheiten zu Recht nicht verwandt werde (3) .

5.3. Disposition zum pathologischen Rausch

BINSWANGER (9) unterscheidet ebenso wie BLEULER (11) dauernde disponierende Momente von Akzidentellen. Zu ersteren zählt er alle Arten von neuropathischer Anlage wie Psychopathie, Hysterie, ferner Epilepsie, Schizophrenie und organische Hirnleiden, darunter speziell das Hirntrauma. Auch ein höherer Grad von Alkoholdegeneration bei chronischem Alkoholismus zählt dazu. An Akzidentellen nennt er Überanstrengung, starke thermische Reize und vor allem affektive Erregungen. Seiner Ansicht nach stellt die Psychopathie die wichtigste dauernde Disposition des pathologischen Rausches dar. BING (8) spricht in diesem Zusammenhang von "angeborener oder konstitutioneller Erkrankungsbereitschaft" im Gegensatz zur "erworbenen Disposition". BONHOEFFER, JOLLY, RAECKE, GRUHLE, BUMKE, SCHRÖDER, WAGNER, VON JAUREGG, sowie BLEULER hatten nur grobe Schädigungen (Schädelverletzungen, organische Krankheiten, chronischer Alkoholismus) als Disposition geeignet aufgezählt. WEYGANDT, HOCHÉ, HÜBNER, SIEMERLING u.a. benennen hingegen auch Überanstrengung und das Überstehen von Infektionskrankheiten als ursächlich; TANZI und LUGARO zählen auch die Insolation dazu (8) .

CRAMER (16) unterscheidet dauernd konstitutionelle Veränderungen von zeitlich vorübergehenden Schädigungen. Die ersteren zerfallen wieder in zwei Abteilungen: Die angeborenen sowie die erworbenen, aber ebenfalls dauernden Schädigungen des Gehirns. Bei den angeborenen krankhaften Zuständen spielen seiner Ansicht nach Epilepsie, angeborener Schwachsinn, Degeneration und Hysterie eine besondere Rolle. Bei den erworbenen, dauernd krankhaften komme in erster Linie das Trauma in Betracht. Von grosser Bedeutung sei auch

der chronische Alkoholismus. Als zeitlich vorübergehende Schädigung nennt er u.a. starke Temperaturen, sexuelle Exzesse, die Rekonvaleszenz nach Infektionskrankheiten, Überanstrengungen allgemein, wie z.B. Nachtwachen oder Raddtouren. Ebenso wie ZIEHEN (41) bezeichnet er Nikotin als möglichen Auslöser für einen pathologischen Rausch. Nach BUMKE (14) genüge manchmal allein die zeitweise Anazidität des Magens zum Auslösen eines pathologischen Rauschzustandes.

OCHERNAL (32) zählt zu den erworbenen Dispositionen u.a. Schwellensituationen im Lebensalter, wie Pubertät und Menopause. KUTNER (26) sah zweimal prämenstruelle Ausbrüche eines pathologischen Rausches. Die Alkoholintoleranz gilt als e i n e der Grundlagen für einen pathologischen Rauschzustand. Die Intoleranz ist in der Regel ein chronischer Zustand, auf den sich gelegentlich ein pathologischer Rauschzustand aufpflanzen kann, ohne es immer zu müssen (31). HEILBRONNER (21) erwähnt, daß Alkoholintoleranz häufig mit der Neigung zu pathologischen Rauschzuständen verwechselt werde. Für SCHIPKOWENSKY (37) liegt die dauernde Veranlagung zum pathologischen Rausch überwiegen im chronischen Alkoholismus.

In dieser Arbeit wurde in 14 Fällen (entspricht 54 Prozent) eine mögliche Disposition genannt. Der chronische Alkoholismus wurde dreimal aufgeführt, ebenso oft aber wurden Alkoholunverträglichkeit sowie cerebrales Anfallsleiden erwähnt. Zweimal war ein Schädelhirntrauma anamnestisch bekannt. Frühkindlicher Hirnschaden, Polytoxikomanie, Schwangerschaft sowie erregbare Persönlichkeitsstruktur wurden ebenfalls genannt.

5.4. Wiederholtes Auftreten des pathologischen Rausches

SCHIPKOWENSKY (37) wies 1967 in einer Arbeit darauf hin, daß die Ansicht von der Wiederholbarkeit des pathologischen Rausches von einer ganzen Reihe von Forschern vertreten wird (KRAFFT-EBING, BISCHOFF, P.SCHRÖDER, ANTON), hingegen hebe I.N. WWEDENSKY hervor, daß der pathologische Rausch keine Wiederholungstendenz zeige. Denselben Standpunkt vertreten GUREVITSCH (1949) u.a. Zudem ist im Begutachtungsgut der psychiatrischen Klinik Sofia von 1930 - 1960 kein Fall erwiesener Wiederholung eines pathologischen Rausches vorgekommen (32) .

Auch in den hier bearbeiteten Krankengeschichten war nur in einem Fall die Wiederholung eines pathologischen Rausches festgehalten. Achtmal wurden Erregungszustände geschildert, die nicht als pathologischer Rausch diagnostiziert waren, jedoch daraufhin verdächtig erscheinen. Zum Beispiel wurden "psychotische Zustände" o.ä. genannt.

5.5. Alkoholisierungsgrad

Die American Psychiatric Association definiert den pathologischen Rausch als "acute brain syndrome manifested by psychosis after minimal alcohol intake" (1) .

Um die Frage zu beleuchten, ob die Menge des konsumierten Alkohols im pathologischen Rausch ein differentialdiagnostisches Kriterium aufzeigt, unterzog MALETZKY (28) 22 Probanden einem Alkoholversuch. Es waren durchwegs Personen, bei denen auffälliges Verhalten oder Gewalttätigkeit unter Alkoholeinfluß bekannt war. Dabei zeigten sich pathologische Reaktionen über ein breites Spektrum der Blutalkohol-

konzentration und der infundierten Alkoholmenge. Es ließ sich die obige Definition der Standardnomenklatur für den pathologischen Rausch, die dafür eine nur geringe Alkoholzufuhr fordert, nicht nachvollziehen.

Aus unserer Studie ergibt sich für die Hälfte der Patienten ein vermutlich geringer Alkoholisierungsgrad.

SEELERT (39) und BINSWANGER (9) halten die Mengen des aufgenommenen Alkohols nicht entscheidend für die Entwicklung und Tiefe des pathologischen Rausches. Für HEILBRONNER (21) kann die Menge des nötigen Alkohols schwanken, er weist jedoch besonders auf die Bedeutung hin, die eine relativ geringe Alkoholmenge für die forensische Beurteilung zu spielen habe. BLEULER (11) betont dies noch mehr: Könne man nachweisen, daß die genossene Alkoholmenge so gering war, daß sie normalerweise überhaupt keine Vergiftungserscheinungen mache, so ließe sich das Krankhafte nicht bestreiten.

BLAIR (10) und KUTNER (25) sprechen allgemein von einer meist geringen Alkoholmenge als typisch für das Bild des pathologischen Rausches.

5.6. Auffällige Pupillenreaktion

Die Bedeutung der Pupillarreaktion für den pathologischen Rausch hat in der Literatur eine kontroverse Diskussion erfahren.

BONHOEFFER (12) hat das Vorhandensein einer temporären Herabsetzung der Pupillarreaktion als Hinweis auf eine starke Störung des Bewußtseins gewertet. Die Herabsetzung der Pupillarreaktion könne demnach bestehen, ohne daß eine hochgradige motorische oder affektive Erregung vorliegt und ohne daß schwere Rauscherscheinungen auffallen.

CRAMER (16) konnte bei Versuchen, die er mit zehn Imbecillen machte, mit einer einzigen Ausnahme schon nach einer sehr geringen Dosis Alkohol Trägheit der Pupillenreaktion feststellen.

ANTON (2) sah bei einem Alkoholtoleranzversuch, bei dem mit

größter Wahrscheinlichkeit ein pathologischer Rauschzustand aufgetreten war, eine sehr wenig ergiebige Lichtreaktion der Pupillen, während die Konvergenzreaktion infolge der hochgradigen Unruhe und Aggressivität des Untersuchten nicht zu prüfen war.

BINDER (7) meint, es komme im dämmrigen Rausch öfters - aber lange nicht in allen Fällen - Pupillenstarre vor, was gelegentlich noch stundenlang nach abgelaufenem, akutem Rausch nachgewiesen werden könne (16, 25). Wie im dämmrigen, so finde man auch im delirösen Rausch vereinzelt Pupillenstarre. KUTNER (25) fand in den von ihm beobachteten pathologischen Rauschzuständen, mit einer Ausnahme, stets eine träge Pupillenreaktion deutlich nachweisbar.

Die meisten Autoren warnen freilich davor, die Bedeutung der Pupillenreaktion zu überschätzen. Die Kenntnis darüber sei aber für den praktischen Arzt sehr wünschenswert, weil der psychiatrische Sachverständige kaum dazu kommt, während der Tat die Pupillen zu überprüfen und selbst der Arzt in der Regel nur in späteren Stadien (31). In unseren Fällen wurde einmal über eine träge Lichtreaktion der Pupillen berichtet. Ebenfalls bei einem Patienten fiel eine Anisokorie auf. Es wird jedoch keine Lichtstarre der Pupillen erwähnt, wie sie von einigen Autoren beschrieben wird.

5.7. Fehlen von Trunkenheitszeichen

Es berichten viele Autoren über fehlende Trunkenheitszeichen beim pathologischen Rausch (3). BING (8) sagte bereits 1925: "Die meisten Autoren legen bei der Differentialdiagnose des pathologischen Rausches gegen die einfache Betrunkenheit das Hauptgewicht auf das Fehlen der körperlichen Symptome beim ersteren" Die Sprache sei meistens nicht oder nur unwesentlich gestört, ebenso fehlten irgendwelche Ataxien in den übrigen motorischen Handlungen. Der Kranke brauche auf den Laien nicht den Eindruck des Betrunkenen zu machen.

Er betont, daß gerade das Fehlen motorischer Störungen differentialdiagnostisch als Hilfsmittel zur Erkennung des pathologischen Rausches wichtig sei.

In unseren Fällen wurde lediglich bei zwei Begutachtungen über das Fehlen körperlicher Trunkenheitszeichen berichtet. In den übrigen 24 Fällen wird entweder das Fehlen von Trunkenheitszeichen nicht erwähnt, bzw. waren welche vorhanden. Da man ja in den Fällen in denen bei Alkohol-Intoxikationen körperliche Trunkenheitszeichen nicht im Krankenblatt erwähnt sind nicht davon ausgehen kann, daß diese nicht dennoch vorhanden waren, ließ sich eine genauere Unterscheidung nicht treffen. Gelegentlich war es vage formuliert. Bemerkenswert ist dennoch, daß nur in zwei Fällen das Fehlen von Trunkenheitszeichen registriert wurde.

5.8. Terminaler Schlaf

Viele Autoren bezeichnen - wenn auch mit Einschränkungen - den terminalen Schlaf als differentialdiagnostisch wichtiges Symptom (3). So sagt ANTON (2), der terminale Schlaf, der oft bald nach dem Tatgeschehen einsetzt und dem manchmal an ungeeigneten Orten nachgegeben werden müsse, spreche für pathologischen Rausch. Auch BINDER (7) spricht davon, daß der Betrunkene schließlich in eine "schlafähnliche" Verfassung gerate, aus der er aber mit leichten Weckreizen wieder erwachen könne.

Einen völligen Zusammenbruch und einen vielstündigen terminalen Schlaf nennt CRAMER (16) als typisch für den pathologischen Rausch.

Es gibt in der Literatur aber auch Stimmen, die die Bedeutung des Symptoms terminaler Schlaf beim pathologischen Rausch

erheblich relativieren oder gänzlich ablehnen. ANTON selbst schränkt die Bedeutung des terminalen Schlafs für die Diagnose wesentlich ein, indem er erwähnt, daß der abschließende Schlaf recht häufig vermißt werde oder sich aus situationsbedingten Gründen dem Nachweis entziehe (2) .

ZIEHEN (40) gibt zu bedenken, daß langer tiefer Schlaf auch nach einfachem schwerem Rausch sehr oft vorkomme.

Gleiches sagt JANZARIK (23) : "Der tiefe Schlaf, mit dem die Übereinkunft den pathologischen Rausch zumeist endigen läßt, ist wenig charakteristisch".

Auch BUMKE (14) vertritt diese Meinung. Er schreibt, während einfach Betrunkene, zu Bett gebracht, fast immer bald einschlafen, versagen beim pathologischen Rausch häufig selbst die stärksten Narkotika.

Über ähnliche Beobachtungen berichtet auch HEILBRONNER (21) . Versucht man, trotz der Widersprüche, die Meinung der Mehrheit der Verfasser zusammenzufassen, so ist festzustellen, der terminale Schlaf gilt als wichtiges Symptom, das zwar unspezifisch ist, bei entsprechendem Krankheitsverdacht jedoch differentialdiagnostisch wichtig erscheint.

Es ist jedoch keine *conditio sine qua non*. In unseren Fällen pathologischen Rausches wurde nur einmal sicher darüber berichtet.

5 9. Die Bedeutung des Elektroencephalogramms

In dieser Studie wurde bei 15 von 26 Patienten ein EEG abgeleitet. Es zeigte sich dabei in zwölf Fällen ein unauffälliger Stromlinienverlauf. In drei Fällen waren leichte diffuse Allgemeinveränderungen erkennbar.

FEUERLEIN (19) hat die EEG-Veränderungen unter akuter Alkoholeinwirkung beschrieben. Danach sind die EEG-Befunde abhängig von verschiedenen EEG-Typen, die wieder genetisch bedingt sind.

Beim Alpha-EEG findet man eine Verminderung der Alpha-Produktion und eine Zunahme von Alpha- und Beta-Wellen. Bei flachem EEG kommt es zu einer Zunahme der gesamten Produktion an Potentialen. Die EEG-Veränderungen sind auch in gewissem Umfang abhängig von der Blutalkoholkonzentration. Bei etwa 0,8 Promille besteht eine Frequenzverlangsamung auf 8 - 9/sec. sowie eine Amplitudenzunahme, im weiteren Verlauf eine Dysrhythmie. Bei einem Blutalkoholgehalt von 1,0 - 1,5 Promille finden sich Rhythmen von 5 - 6/sec. Die zunehmende Verlangsamung der Hirnrhythmen hängt von der Anstiegsgeschwindigkeit des Blutalkoholspiegels und von dem absoluten Promillewert ab. Es besteht aber keine absolute Korrelation zwischen den EEG-Veränderungen (Frequenzverminderung) und dem Blutalkoholspiegel bzw. dem Allgemeinbefund (Wohlbe- finden bzw. Müdigkeit). In der Alkoholabbauphase manifestie- ren sich im EEG Ermüdungszeichen. Bei der Hyperventilation finden sich bei absteigendem Blutalkoholspiegel (noch bei 0,2 ‰) hohe bilateral synchrone Rhythmen von 2 - 4/sec. Im EEG sind noch neun bis zehn Stunden nach Beginn der Alkoholfuhr cerebrale Funktionsstörungen nachweisbar.

In einer Studie, die GEORGE BACH-Y-RITA (4) 1970 im American Journal of Psychiatry veröffentlichte, waren die EEG-Ergebnisse von zehn Patienten mit pathologischem Rausch und zwei Patienten mit Temporallappen-Epilepsie und implantier- ten tiefen Elektroden bei intravenöser Alkoholgabe diskutiert. Dabei waren die EEG der Patienten mit pathologischem Rausch unauffällig, während die EEG der Patienten mit Temporallappen- Epilepsie unter Alkoholeinfluß zunehmend abnorme Aktivität zeigten.

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch HOFF (22) , der feststellte, daß in einem Kollektiv pathologisch Be-

rauschter, die zu 60 Prozent auch im Intervall ein abnormes EEG verzeichneten, unter Alkoholeinfluß sich der Prozentsatz von abnormen EEG-Befunden auf 75 Prozent erhöhte. Die Veränderungen waren vorwiegend in der Temporalregion am stärksten ausgeprägt, entsprechend den Zeichen eines epileptischen Geschehens. Damit sei keineswegs gesagt, daß jeder pathologische Rausch eine epileptische Wurzel habe. Liegt daher ein Verdacht auf pathologischen Rausch vor und sind im EEG abnorme Zeichen im Sinne einer epileptischen Reaktion vorhanden, dann spricht dieser Befund seiner Ansicht nach unterstützend für die Diagnose des pathologischen Rausches. Ein normales EEG schließe jedoch bei Vorhandensein der klinischen Kriterien die Diagnose nicht aus.

Die meisten Autoren gehen jedoch auf EEG-Veränderungen im pathologischen Rausch nicht ein. Lediglich ANTON (2) betonte ausdrücklich, daß die elektroencephalographische Untersuchung des pathologischen Rausches keine signifikanten Ergebnisse bringe.

6. ZUSAMMENFASSUNG

Wie zu erwarten, zeigte sich bei der Analyse der Krankheitsbilder mit der Diagnose "pathologischer Rausch" ein buntes Symptomenbild. Zum einen hatte eine auf Symptome bezogene Durchsicht der zur Verfügung stehenden Literatur eine unterschiedliche Gewichtung, in verschiedenen Fällen sogar gegensätzliche Bewertung gezeigt. Als Beispiel sei nur die kontroverse Beurteilung der rauschauslösenden Alkoholmenge genannt.

Während viele Autoren von einer geringen Alkoholmenge ausgehen - so definiert die American Psychiatric Association den pathologischen Rausch (pathological intoxication) als "acute brain syndrom, manifested after minimal alcohol-intake" - gibt es andere, die die Menge des aufgenommenen Alkohols nicht entscheidend für die Entwicklung und Tiefe des pathologischen Rausches halten.

Zum anderen zeigte die Auswertung von 26 Krankengeschichten daß in der Literatur häufig genannte diagnostische Merkmale in der Klinik bei der Diagnosestellung oft nicht oder nur selten zum Tragen kommen.

Wie in Punkt 5.1. erwähnt, führen die meisten Autoren die Amnesie als typisches Symptom im pathologischen Rausch auf, wenngleich unterschiedlich gewichtet. In unseren Fällen war die Amnesie das am häufigsten erwähnte diagnostische Merkmal. In 19 der 26 Fälle, das entspricht 73 Prozent, wurde über Amnesie berichtet. Sie ist aber natürlich nicht pathognomisch für den pathologischen Rausch und es bedarf zur Diagnosestellung dem Vorhandensein anderer Symptome. RASCH (34) verlangte sogar für die forensische Psychiatrie, eine für die

Tatzeit behauptete Amnesie bei der Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit völlig auszuklammern. Die Dauer der Amnesie ist, wie vorne zitiert, unterschiedlich lang (9) . Sie schwanke zwischen einer Minute, Stunden bis Tagen. In unseren Fällen wurde die Dauer der Amnesie meist nicht erwähnt. In einem Fall wird die Amnesie mit einigen Stunden angegeben. Mehrmals werden synonyme Bezeichnungen wie "Erinnerungslücke" oder "Schwerbesinnlichkeit" genannt.

In der Literatur bestehen sehr unterschiedliche Aussagen bezüglich der Art der Bewußtseinsstörung im pathologischen Rausch. ATHEN fand bei etwa jeder zweiten Beschreibung von ausgewählten 72 Autoren Hinweise auf einen "Dämmerzustand". Wo diese Symptomatik fehlte wurde eine Orientierungsstörung genannt, in geringer Zahl lediglich eine Bewußtseinsstörung. BINDER (7) hatte das Krankheitsbild "pathologischer Rausch" unterteilt in eine deliriöse Form und eine dämrrige Form. Was im dämrrigen Rausch fehle, sei der Zusammenhang des Erlebens mit der Umgebung, das Abgestimmtsein auf die reale Situation, nicht aber der innere Zusammenhang des Erlebens selber, der nur oft nach anderen Prinzipien erfolge als im Wachleben. ATHEN hat jedoch bereits - mit Hinweis auf BERNER und KRYSPIN-EXNER (6, 24), die den Dämmerzustand als sehr unscharf begrenztes Syndrom bezeichneten - verlangt, diese Syndromdiagnose gerade aus forensischer Sicht möglichst zu vermeiden.

Der Begriff "alkoholischer Dämmerzustand" wurde denn auch in allen Fällen nur einmal (= etwa vier Prozent) verwendet. Die ebenfalls als Leitsymptom betonte Desorientiertheit geht aus 14 Krankengeschichten hervor, das entspricht 54 Prozent, das heißt, nur etwas mehr als die Hälfte der Fälle werden diesem Kriterium zur Diagnose gerecht. In einem Fall

davon handelte es sich möglicherweise einmal um eine deliriöse Form Diese Zahlen bestätigen im übrigen die Ergebnisse von ATHEN und BACHMANN (3. 5). Ersterer hatte nur bei fünf von neun Fällen pathologischen Rausches Desorientiertheit oder einen Dämmerzustand festgestellt. während BACHMANN bei keinem von fünf Patienten mit der Diagnose pathologischer Rausch einen Dämmerzustand oder ein delirantes Syndrom beschrieben fand

Eine gewisse Übereinstimmung der meisten Autoren ergibt sich über ein häufiges Auftreten von Erregungszuständen beim pathologischen Rausch. So hält BINDER (7) wesentlich für die Unterscheidung zum einfachen Rausch, daß beim pathologischen Rausch (wie übrigens auch beim komplizierten) eine abnorm starke und abnorm langdauernde, vitale Erregung vorhanden ist Die Erregungszustände können in unterschiedlicher Stärke auftreten, "oft läßt sich eine Untersuchung des aggressiven und brutalen Verhaltens nicht bewerkstelligen" (12) Bereits BINSWANGER hatte beschrieben dem Zustand gingen meist Reizbarkeit und Verstimmung voran die Patienten würden in der Regel in motorische Unruhe geraten und sich brutal, aggressiv und gewalttätig benehmen (9)

In 18 der 26 Krankengeschichten wurde ein gereizt-aggressives Verhalten beschrieben. dies entspricht 69 Prozent. Damit ist dieses Symptom. neben der Amnesie, das am häufigsten genannte Die Stärke der Erregung und das Maß an Aggressivität reichte von gereizt mürrischem Verhalten bis zu schweren Gewalttätigkeiten In einem Fall konnte die Aggressivität im Trinkversuch reproduziert werden, dabei warf der Proband das Trinkglas aus dem Fenster In einem anderen Fall verlief ein Alkoholversuch negativ.

"Es ist eines der Hauptkriterien für einen pathologischen Rausch, daß Handlungen begangen werden können, für die in der normalen psychischen Verfassung des Individuums keine Tendenzen gegeben sind (2) " . ANTON betonte als wesentliches Merkmal die nicht bestehende Persönlichkeitsadäquanz wenn es zu Handlungen im pathologischen Rausch gekommen war. BINDER (7) hat persönlichkeitsfremdes Handeln als überwiegend charakteristisch für den komplizierten Rausch herausgestellt. Trotz einer Vielzahl von Literaturstellen verwies ATHEN darauf, daß es sich bei "Persönlichkeitsfremdheit" um einen "schillernden Begriff" handele, der in der psychiatrischen Diagnostik anderer Krankheiten zu Recht nicht verwandt werde (3) .

Nur bei drei der 26 Patienten wurde die Diagnosestellung auch mit "persönlichkeitsfremden Verhalten" während des Rauschzustandes begründet. Interessant ist dabei, daß alle drei Fälle aus der ersten Hälfte des Untersuchungszeitraumes stammen. Zuletzt wurde auf den Begriff "Persönlichkeitsfremdheit" nicht mehr zur Diagnosestellung Bezug genommen.

Die Alkoholmenge, die dazu führt, daß es zur Auslösung des pathologischen Rausches komme, wird in der Literatur sehr unterschiedlich beurteilt. Während manche Autoren eine geringe Alkoholmenge als typisch für den pathologischen Rausch erachten, halten andere dieses Kriterium nicht für sehr wesentlich (3) . Bei manchen fließt dieses Kriterium jedoch sogar in die Definition des pathologischen Rausches mit ein (9) . Auch die American Psychiatric Association (1) bezeichnet den pathologischen Rausch als psychotisches Syndrom nach geringem Alkoholgenuß ("an acute brain syndrome, manifested after minimal alcohol intake") .

Bei 13 der 26 Intoxikationen bestand eine vermutlich geringe

Alkoholkonzentration. Dies entspricht genau 50 Prozent. Bei drei Patienten bestand eine vermutlich hohe Alkoholkonzentration (12 Prozent), während bei den übrigen (10 Patienten entsprechend 38 Prozent) unklare, grenzwertige oder nicht feststellbare Alkoholmengen zum Vorschein kamen. Legt man die Definition der American Psychiatric Association zugrunde, so treffen lediglich bei sechs von 26 beide Kriterien (acute brain syndrome, minimal alcohol intake) zu. Dies entspricht 23 Prozent. Das heißt 77 Prozent der Patienten mit gleicher Diagnose lassen sich dieser Definition nicht zuordnen.

In der Literatur zählt der terminale Schlaf zu den am meisten genannten Merkmalen. In der Aufstellung von ATHEN war dieses Merkmal bei 51 der 72 Autoren genannt, das entspricht 70 Prozent. Es gibt aber auch Einwände und gegenteilige Beobachtungen in der Literatur (2, 14, 21, 23, 40) .

Nur in einer der 26 Krankengeschichten wurde von terminalem Schlaf berichtet, das entspricht lediglich vier Prozent. In drei weiteren Fällen war es fraglich, ob ein terminales Schlafstadium vorgelegen war. Jedoch in der Mehrheit der Fälle, in 85 Prozent (= 22 Fälle), fand sich kein Hinweis auf einen terminalen Schlaf. Die entspricht u.a. der Feststellung von JANZARIK (23) , der tiefe Schlaf, mit dem die Übereinkunft den pathologischen Rausch zumeist endigen lasse, sei ebenso wenig charakteristisch.

Wie bereits aufgezeigt, ist eine geringe Alkoholmenge nicht als typisch für den pathologischen Rausch anzusehen. Nur bei der Hälfte der Intoxikationen bestand eine vermutlich geringe Alkoholkonzentration. Mögliche Dispositionen als Ursache für sein Auftreten waren 14 Krankengeschichten zu entnehmen, das entspricht 54 Prozent. Dabei wurden chronischer Alkoholismus. Alkoholunverträglichkeit, cerebrales Anfallsleiden, Zustand

nach Schädelhirntrauma, frühkindlicher Hirnschaden und Polytoxikomanie genannt. Als ursächlich wurde außerdem einmal eine Schwangerschaft verbunden mit einem Ehekonflikt sowie in einem Fall eine erregbare Persönlichkeitsstruktur mit zu geringer Ich-Stärke erwähnt.

In der Literatur zur Ätiologie des pathologischen Rausches (8, 9, 11, 12, 14, 16, 20, 21, 26, 32, 33, 37) ist ein breites Spektrum von möglichen Ursachen aufgeführt, ohne daß eine gemeinsame Ursache genannt werden könnte. Es werden dauernde "Schädigungen" (Krampfleiden, Alkoholismus, Trauma) aufgeführt, ebenso zeitlich vorübergehende (Infektionskrankheiten, sexuelle Exzesse, hohe Temperaturen, Pubertät, Menopause, Anacidität des Magens u.a.)

Bezüglich der Merkmale des Verlaufs zeigte sich in zwölf Fällen ein vermutlich akuter Beginn (= 46 Prozent), während in den übrigen 14 Fällen (= 54 Prozent) keine Hinweise auf einen akuten Beginn zu finden waren. Die Dauer des pathologischen Rausches ist in den meisten Fällen nicht zu eruieren. In zwei Fällen ist den Krankengeschichten eine Dauer von einigen Stunden zu entnehmen, mehrmals heißt es lediglich, am nächsten Morgen sei der Patient wieder unauffällig gewesen. In der Mehrzahl geht die Dauer jedoch nicht aus den vorliegenden Krankenunterlagen hervor.

Auf den terminalen Schlaf wurde bereits eingegangen. Faßt man diese Ergebnisse zusammen, so zeigt sich, daß bezüglich Ätiologie und Verlauf ein heterogenes Bild entsteht und sich keine einheitliche Rauschform abgrenzen läßt. Auf die widersprüchliche Beurteilung in der Literatur hat bereits ATHEN (3) hingewiesen.

Das Fehlen von neurologischen Zeichen der Trunkenheit wird von vielen Autoren als Merkmal des pathologischen Rausches erwähnt (3). In unseren Fällen wurde lediglich zweimal (entspricht acht Prozent) über fehlende Trunkenheitszeichen berichtet. Bezüglich EEG-Veränderungen sagt ANTON (2) : "Die elektroence-

phalographische Untersuchung des pathologischen Rausches ergibt keine signifikanten Bilder". Die Arbeiten von BACH-Y-RITA (4), der zu gleichem Ergebnis kommt und HOFF (22) wurden bereits erwähnt.

Bei 15 der 26 Patienten wurde ein EEG abgeleitet, dabei zeigten sich in drei Fällen abnorme Hirnstromkurven - entsprechen 20 Prozent - der abgeleiteten EEG. Dabei handelte es sich stets um leichte diffuse Allgemeinveränderungen.

Die Lichtreaktion der Pupillen im pathologischen Rausch wird meist mit träge beschrieben, gelegentlich wird in der Literatur auch über Pupillenstarre berichtet (2 , 7, 12, 16, 25 و ٢١). Es zeigten zwei Patienten (entsprechend acht Prozent) auffällige Pupillenreaktionen. In einem Fall wird eine träge Reaktion auf Licht geschildert, im anderen Fall eine Anisokorie. Eine Lichtstarre der Pupillen wird nicht erwähnt.

Zusammenfassend ergab die Analyse der Krankengeschichten mit der Diagnose "pathologischer Rausch" bezüglich wichtig erachteter Merkmale sowie Ätiologie und Verlauf kein einheitliches sondern ein heterogenes Bild. Die Unsicherheit bei der klinischen Diagnostik zeigt sich auch, wenn man nur wenige, in der Literatur aber häufig genannte Kriterien anwendet. So genügen der Definition des pathologischen Rausches der American Psychiatric Association (acute brain syndrome, minimal alcohol intake) nur 23 Prozent der aufgeführten Fälle. Wenn man den Diagnoseschlüssel der internationalen Klassifikation der Krankheiten der WHO (ICD) zugrundelegt ("Akute psychotische Episoden, hervorgerufen durch relativ geringe Alkoholmengen. Man betrachtet sie als individuelle idiosynkratische Reaktionen auf Alkohol, die nicht auf exzessiven Alkoholkonsum zurückzuführen sind und keine auffälligen neurologischen Zeichen einer Intoxikation bieten") so entsprechen nur noch zwei Fälle (entsprechend acht Prozent) diesen Merkmalen, während 92 Prozent der mit "pathologischer Rausch" bezeichneten Diagnosen dieser Formulierung nicht gerecht werden würden. Da auch in der Literatur keine Übereinstim-

nung hinsichtlich dieses Begriffes besteht, sollte auf ihn gänzlich verzichtet werden. In der Klinik hat man diesen Erfahrungen bereits Rechnung getragen, denn die Mehrzahl dieser Diagnosen wurde in der ersten Hälfte des Untersuchungszeitraumes gestellt. In den letzten beiden Jahren wurde diese Diagnose nicht mehr gestellt.

Welche Diagnose sollte aber stattdessen gestellt werden, wenn eine Alkoholintoxikation in ihrem gesamten klinischen Bild offensichtlich atypisch verläuft? ATHEN (3) empfiehlt, die unterschiedlichen Erscheinungsbilder der akuten Alkoholintoxikation mittels Beschreibung der Symptomenkomplexe abzugrenzen. Diese würden klinisch geläufigen psychopathologischen Syndromen entsprechen. Durch zusätzliche Angabe ätiologischer Faktoren entstünde so eine multiaxiale Diagnose, die eine größere Sicherheit in der Beurteilung erlaubte, als die bisher übliche konservative Rauscheinteilung.

Es stellt sich aber die Frage, ob die multiaxiale Diagnose für die klinische Diagnostik praktikabel ist und sich gegenüber bisher "geläufigen" und plakativen Begriffen, wie eben z. B. dem "pathologischen Rausch", durchsetzen kann. Vorstellbar wäre auch eine Änderung der bisherigen konservativen Einteilung der Rauschformen, ergänzt durch die multiaxiale Diagnose. Würden die bisher quantitativ sowie qualitativ einem "normalen Rausch" nicht entsprechenden Krankheitsbilder der Alkoholintoxikation (einschließlich des pathologischen Rausches) unter einem gemeinsamen Begriff ohne weitere Unterteilung in qualitative oder quantitative Unterschiede zusammengefaßt, so hätte dies mehrere Vorteile. Durch die Weiterfassung des Begriffs wäre eine Schuldunfähigkeit im forensischen Bereich nach den §§ 20, 21 StGB dieser Diagnose nicht immanent. Es bliebe der Beurteilung des Arztes (Gutachters) überlassen für Unzurechnungsfähigkeit zu plädieren. Er würde dies wohl tun, wenn es sich um eine psychotische Reaktion handelte.

Die Diagnose ließe sich ergänzen und begründen durch die Angabe der psychopathologischen Syndrome und der ätiologischen Faktoren.

Andererseits besteht natürlich die Gefahr, daß der Vielzahl mehrdeutiger Begriffe lediglich eine weitere unscharfe Bezeichnung hinzugefügt wird. Es muß hier offen bleiben, ob es eine Lösung gibt, das unterschiedlich definierte Krankheitsbild "pathologischer Rausch" so in die psychiatrische Terminologie einzubauen, daß eine allgemeingültige und exakt definierte Bezeichnung entsteht. Als Ergebnis dieser Arbeit zeigt sich jedoch erneut, daß die Unsicherheit in der klinischen Diagnostik eine Übereinkunft erforderlich macht.

7. LITERATURVERZEICHNIS

- 1 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Diagnostic
and statistical manual of mental disorders.
Third Edition. Washington, D.C., APA, 1980
- 2 ANTON, A. : Die klinische und forensisch-psychiatri-
sche Beurteilung pathologischer Rauschzustände.
Halle: Marhold 1958
- 3 ATHEN, D. : Syndrome der akuten Alkoholintoxikation
und ihre forensische Bedeutung. Erschienen in
der Reihe: Monographien aus dem Gesamtgebiete
der Psychiatrie, Band 39 (H. Hippus, W. Jan-
zarik, C. Müller Hrsg.). Berlin - Heidelberg -
New York - Tokyo: Springer 1985
- 4 BACH-Y-RITA; G., J.R. LION, F.R. ERVIN: Pathological In-
toxikation: Clinical und Electroencephalographic
Studies. Amer. J. Psychiat. 127:5, 698 - 703
(November 1970)
- 5 BACHMANN, G.: Die psychopathologischen Zustandsbilder
bei akuter Alkoholintoxikation. Diss. Mün-
chen 1981
- 6 BERNER, P.: Psychiatrische Systematik. 2. Aufl.
Bern - Stuttgart - Wien: Huber 1979
- 7 BINDER, H.: Über alkoholische Rauschzustände. Schweiz.
Arch. Neurol. Psychiat. 36, 17 - 51 (1936)
- 8 BING, R., S. SCHÖNEBERG: Der pathologische Rausch.
Schweiz. Med. Wschr. 55, 157 - 164 (1925)

- 9 BINSWANGER, H.: Klinische und charakterologische Untersuchungen an pathologisch Berauschten.
Z. ges. Neurol. Psychiat. 152, 703 - 737
(1935).
- 10 BLAIR, D.: The medico-legal problems of pathological alcoholic intoxication. Med. Sci. Law 9,
94 - 98 (1969)
- 11 BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. 11. Aufl.
Berlin - Heidelberg - New York: Springer 1969
- 12 BONHOEFFER, K.: Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. Jena: Gustav Fischer (1901)
- 13 BUMKE O., O. FOERSTER: Handbuch der Neurologie. Berlin:
Springer 1936
- 14 BUMKE, O.: Lehrbuch der Geisteskrankheiten. 5. Aufl.
München: Bergmann 1942
- 15 CHOTZEN, F.: Transitorische Alkoholpsychosen.
Monatsschr. f. Psych. 21, 285 - 308 (1907)
- 16 CRAMER, A.: Über die forensische Bedeutung des normalen und pathologischen Rausches. Monatsschr.
f. Psychiat. u. Neurol. 13, 36 - 61 (1903)
- 17 DECSI, K.: Beitrag zur forensischen Bedeutung der pathologischen Rauschzustände. Psychiat. Neurol.
Wschr. 29, 37 - 38 (1927)

- 18 DECKWITZ, R., H. HELMCHEN, G. KOCKOTT, W. MOMBOUR:
Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer
Krankheiten. Deutsche Ausgabe der internatio-
nalen Klassifikation der Krankheiten der WHO
(ICD), 9. Revision der ICD. 5. Aufl. Berlin -
Heidelberg - New York: Springer 1980

- 19 FEUERLEIN, W.: Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit.
2. Aufl. Stuttgart: Thieme 1979

- 20 GRUHLE, H.W.: Die forensische Beurteilung der Alkohol-
einwirkung, Med. Sachverst. 51, 54 - 56 (1954)

- 21 HEILBRONNER, K.: Über pathologische Rauschzustände. Münch.
Med. Wschr. 48, 962 - 965 und 1013 - 1016 (1901)

- 22 HOFF, H.: Der akute und chronische Alkoholismus. Med.
Klinik 49, 1425 - 1429 (1954)

- 23 JANZARIK, W.: Sexualdelikt im Ausnahmезustand nach Elek-
troschockbehandlung und Alkoholgenuß. Mschr.
Krim. 38, 108 - 119 (1955)

- 24 KRYSPIN-EXNER, K.: Alkoholismus. In: Lexikon der
Psychiatrie (MÜLLER, Ch., Hrsg.). Berlin -
Heidelberg - New York: Springer 1973

- 25 KUTNER, R.: Zur Diagnostik des pathologischen Rausches
(Störungen der Reflexe). D. Med. Wschr. 30,
1057 - 1060 (1904)

- 26 KUTNER, R.: Der pathologische Rausch. Med. Klinik 36,
1369 - 1372 (1908)

- 27 LANDSBERGEN; F.: Pathologischer Rausch und § 51
 St.G.B. Ärztliche Sachverständigen-Zeitung
 19, 385 - 387 (1909)
- 28 MALETZKY, B.M.: The Diagnosis auf Pathological Intoxi-
 cation. Journal of Studies on Alcohol 37,
 1215 - 1228 (1976)
- 29 MAY . P.R.A.: Pathological Intoxication, Alcoholic Hallu-
 cinosis, and Other Reactions to Alcohol.
 Quart. J. Stud. Alc. 14, 200 - 227 (1953)
- 30 MENDE; W.: Zurforensischen Bedeutung des Alkoholismus.
 In: Der Alkoholkranke in Klinik und Praxis
 (HAASE, H. T., Hrsg.). Stuttgart: Thieme 1975
- 31 MÖNKEMÖLLER: Der pathologische Rauschzustand und seine
 forensische Bedeutung. Arch. Krim. Antrop.
 59, 120 - 184, 193 - 231 (1914)
- 32 OCHERNAL, M., H.SZEWCZYK: Pathologischer Rausch und
 pathologisch gefärbter Rausch. In: Der Al-
 koholiker. (SZEWCZYK, H., Hrsg.). Jena: Fi-
 scher 1979
- 33 RAECKE: Zur Lehre vom pathologischen Rausche. Vjschr.
 ger. M. 53, 49 - 84 (1917)
- 34 RASCH, W.: Das Amnesie-Problem in der forensischen
 Psychiatrie. In: An den Grenzen von Medizin
 und Recht (GERCHOW, J., Hrsg.). Stuttgart:
 Enke 1966

- 35 ROMMENEY, G.: Ungewöhnliche Formen des Alkoholrausches.
D. Z. f. gerichtl. Med. 41, 277 - 288 (1952)
- 36 ROMMENEY, G.: Der Begriff der Volltrunkenheit im § 330a
StGB. Med. Sachverst. 51, 144 - 246 (1955)
- 37 SCHIPKOWENSKY, N.: Zur nosologischen Problematik des
pathologischen Rausches. Wien. Z. Nervenheilk.
25, 415 - 428 (1967)
- 38 SCHIPKOWENSKY, N.: Zur klinischen Variabilität des psy-
chotischen Rausches (Exogene, "endogene" und
"psychogene" Verläufe). Wien. Z. Nervenheilk.
27, 172 - 175 (1969)
- 39 SEELERT, H.: Zur Frage der Entwicklungsbedingungen
des pathologischen Rausches. Mschr. Psychiat.
Neurol. 86, 191 - 196 (1933)
- 40 ZIEHEN, T.: Neuere Arbeiten über pathologische Unzu-
rechnungsfähigkeit. Monatsschr. f. Psych.
2, 52 - 57 (1897)
- 41 ZIEHEN, T.: Psychiatrie. 4. Aufl. Leipzig: Hirzel 1911

Robert Oberpeilsteiner

.8240 Berchtesgaden
Mieslötzweg 4

L e b e n s l a u f

N a m e	Oberpeilsteiner, Robert
geb	3. 6. 1946 in Angermühle, Gemeinde Altenmarkt
Familienstand:	verheiratet, zwei Kinder
Eltern:	Oberpeilsteiner, Martina (Hausfrau) und Johann (Lagerist)
Schulausbildung	1952 - 1957 Volksschule Ruhstorf 1957 - 1961 Oberrealschule Pocking 1961 - 1964 Wirtschaftsaufbauschule Passau (m.Reife) 1972 München, Begabtenabitur
Studium	1967 - 1969 Werken und Sport (Fachlehrer) 1972 - 1980 Medizin (Staatsexamen)
Beruflicher Werdegang	1964 - 1967 Finanzbeamter (Mittlerer Dienst) 1969 - 1970 Fachlehrer für Sport 1970 - 1975 Redakteur 1980 - 1986 Assistenzarzt am Kreiskrankenhaus Berchtesgaden

